



CHwapi

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE**

ID Techn :  
Date réception LAP :  
NC n°:

N° réception LAP :

Bloquant (A)  Non-Bloquant (N)

Tube IF	Pot Formol
---------	------------

## Demande d'immunofluorescence

**\* Renseignements légalement obligatoires**

**PATIENT :** (étiquette, vignette) :

Nom\* :  
Prénom\* :  
Date de naissance\* :                      Sexe\* : M / F  
Rue\* :  
CP + Ville\* :  
NISS\* :  
N° dossier :

**PRESCRIPTEUR :** (cachet)

Date\* :  
Nom – Prénom\* :  
N° INAMI\* :  
Adresse :  
Signature\* :  
Copies protocole :

**Urgence**

Dr :  
Tel :    Fax :

**Risque contagieux :** (préciser)

**Date du prélèvement\* :**

**Heure du prélèvement\* :**

**Nombre de pots et lames\* :**

**TYPE DE PRELEVEMENT\* :** milieu de Michel

**Immunofluorescence :**

- site du prélèvement:
  
- zone lésionnelle :  oui     non
  
- zone photo exposée :  oui     non
  
- Traitement :  oui     non    durée :
  
- Apparition des lésions :  < 24H     1 mois     > 1 mois     > 1 an