

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE**ID Techn :
Date réception LAP :

NC n°:

 Bloquant (A) Non-Bloquant (N)

N° réception LAP :

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