



CLIENT	Nom + Prénom		Nom + Prénom	
	Coordonnées		Coordonnées	

SITE	Nom de l'hôpital / clinique			
	Service		Responsable collecte	
	Isotope manipulé et activité			

ECHANTILLONS	Date de prélèvement					
	Nom + Prénom	Matricule	Heure		Référence	Masse [g]
			entrée en service	prélèvement	(réservé au Laboratoire)	

REMISE D'ECHANTILLONS	Demande d'analyse					
	Déposé par		Date			
	Réceptionné par		Date			
	Etat des échantillons	OK		NOK		
	Si NOK, échantillon(s) concerné(s)					
	Remarques					
	Analyse acceptée		Analyse refusée			