



CLIENT	Nom		Prénom	
	Coordonnées			

SITE DE CONTRÔLE	Nom de l'hôpital / clinique / entreprise			
	Service			
	Responsable collecte			

REMISE D'ECHANTILLONS	Demande d'analyse			
	Déposé par		Date	
	Réceptionné par		Date	
	Remarques			
	Analyse acceptée		Analyse refusée	

LISTE DES FROTTIS	Lieu de prélèvement	Date	Heure	Référence (réservé au laboratoire)



LISTE DES FROTTIS	Lieu de prélèvement	Date	Heure	Référence (réservé au laboratoire)