



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
			entrée en service	prélèvement	(réservé au Laboratoire)	[g]

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	