

TRANSMISSION D'ÉCHANTILLON(S) DU NCP POUR ANALYSE EN MYCOBAC-ARH

PCR Mycobactéries Autres _____

MÉDECIN-DEMANDEUR : _____ Date : _____

N° protocole Da Vinci	BLOC	Identification Patient : Nom Prénom Matricule	Date Réception BAC

Signature NCP

RÉSERVÉ à la BAC:

Acceptation échantillon :

OUI N°GLIMS _____

NON Raison : _____