



Je soussigné, ....., fonction : .....

certifie que le prélèvement non identifié / mal identifié

**1/** Au nom de : NOM D'USAGE : .....  
PRENOM : .....  
NOM DE NAISSANCE : .....  
DATE DE NAISSANCE : .../.../.....

transmis ce jour et prélevé le :     /     /     à     .....H.....

correspond bien à celui de :

**2/** Au nom de : NOM D'USAGE : .....  
PRENOM : .....  
NOM DE NAISSANCE : .....  
DATE DE NAISSANCE : .../.../.....

et autorise le laboratoire LABOUEST à reporter cette identité sur les tubes accompagnant

la prescription du Dr ..... au nom de : .....

Autres informations manquantes ou à confirmer :

---

---

A ..... le ...../...../.....

Signature du Préleveur +/- Tampon

**A RETOURNER PAR FAX ou par MAIL**

(Demander numéro et adresse au laboratoire concerné)

☞ En l'absence de confirmation écrite de votre part le **JOUR MEME**, la demande sera annulée