|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Partie à remplir par l'****émetteur*** *de la demande* | | | |
| **Date de la demande**  **N° de la fiche** (à remplir par le RQ): …………………….… |  | **Nom de la personne responsable de la demande** |  |
| **Centre associé** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Partie à remplir par le laboratoire de biologie médicale de l’Institut Pasteur de la Guyane*** | |
| **Date et visa de la personne responsable du traitement de la demande** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESIGNATIONS DES ARTICLES** | | | **QUANTITES DEMANDEES** | **QUANTITES DELIVREES** |
| **TUBES** | JAUNE ou ROUGE  (sec avec gel) | |  |  |
| VERT (héparinate de lithium) | |  |  |
| MARRON (sec sans gel) | |  |  |
| VIOLET (EDTA) | |  |  |
| VIOLET avec gel | |  |  |
| BLEU (citrate de sodium) | |  |  |
| GRIS (fluorure de sodium) | |  |  |
| NOIR (VS) | |  |  |
| KIT Quantiféron (3 tubes + 1 fiche) | |  |  |
| **POTS** | PETIT (ECBU) | |  |  |
| MOYEN (compte d’ADDIS) | |  |  |
| GRAND (urines de 24h) | |  |  |
| COPROCULTURES | |  |  |
| **ECOUVILLONS** | BLEU ou NOIR (milieu de transport) | |  |  |
| ORANGE | |  |  |
| ROUGE | |  |  |
| ROSE (PCR Chlamydia) | |  |  |
| **TRANSPORT** | SACHETS (double compartiments) | |  |  |
| CONTAINER BK | |  |  |
| MALETTE ISOTHERME | (petit format) |  |  |
| (grand format) |  |  |