



Partie à remplir par l'émetteur de la demande

Date de la demande		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 (sec avec gel)		
	VERT (héparinate de lithium)		
	ROUGE (sec sans gel)		
	VIOLET (EDTA)		
	VIOLET avec gel ou Nacré avec gel		
	BLEU (citrate de sodium)		
	GRIS (fluorure de sodium)		
	NOIR (VS)		
	Kit STRECK DPNI T21		
	KIT Quantiféron (3 tubes + 1 fiche)		
POTS	BORATE (ECBU)		
	Non stérile (échantillon urinaire)		
	MOYEN (compte d'ADDIS)		
	GRAND (urines de 24h)		
	Stérile pour COPRO ou PARASITO		
	BLEU avec liquide(pr frottis)+Novabrush		
ECOUVILLONS	BLEU (milieu de transport)		
	ROSE (PCR Chlamydia)		
TRANSPORT	SACHETS (double compartiments)		
AUTRE			