



LABORATOIRE de Biologie Médicale du CENTRE HOSPITALIER de TOURCOING
Pôle Médico-Technique ☎ 03 20 69 45 40 / 03 20 69 45 41

Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date et heure du prélèvement	à
Prénom		Heure Arrivée Laboratoire	
Nom de naissance :		Nom et signature du préleveur	
Date de Naissance :			
Service :			

Ordonnance pour la personne **SOURCE**

Pour l'infirmière du service d'hospitalisation du patient source

Prélèvement chez la personne source (prélever avec l'accord du patient source)

- Sérologie VIH urgente
- Ou TROD VIH**
- Sérologie VHC
- Sérologie VHB
- Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs
- Ac anti HBs si vaccine

Pour le laboratoire

- Merci de Traiter en urgence la sérologie VIH
- Nous faxer le résultat au : - - / - - / - -

Nom du prescripteur

Signature

Envoyer, si nécessaire, le résultat anonymisé du patient source au médecin en charge de la victime

