

GCS de la Mayenne	Formulaire de renseignements cliniques	Date d'application : 27/05/2013
Réf. :T PRE PRE SE 02		V. : 01

Demandeur
Service :
Médecin demandeur :
Date du prélèvement :

Patient	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etiquette patient :	

Renseignements cliniques / épidémiologiques:

Symptomatologie :

Traitement (Anti-infectieux, anti-cancéreux, autres...)