

VOS INFORMATIONS

Nom usuel Sexe H F
 Nom de naissance (obligatoire).....
 Prénom
 Date de naissance.....



VOTRE PRÉLÈVEMENT

PRÉLÈVEMENT RÉALISÉ : AU LABORATOIRE À DOMICILE
 DATE ET HEURE DE RECUEIL OBLIGATOIRES : LE / / à H
 MODE DE RECUEIL : MICTION CONSERVATION : RÉFRIGÉRÉE

INFORMATIONS SUR LES MODALITES DE RECUEIL POUR LE PATIENT :

- Remplir le flacon (volume minimal requis : 10mL)
- Conserver votre échantillon au réfrigérateur avant transmission au laboratoire
Ne pas transférer les urines dans un autre contenant, les laisser dans le flacon d'origine
- À déposer (dans un délai maximum de 6h) dans votre laboratoire INOVIE.
Tous nos laboratoires sur www.inovie.fr

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

- TVNIM : Faible risque Risque intermédiaire Haut risque
- STADE DE LA MALADIE : Diagnostic Suivi

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE INOVIE RECEPTIONNANT L'URINE :

Transfert par IAS vers INOVIE GEN-BIO; code IAS : GBLADD
 Attention : Ne pas transférer les urines dans un autre contenant, les laisser dans le flacon d'origine et à conserver entre 2°C à 8°C.

- Prélèvement réalisé : Au laboratoire À domicile
- Nom du laboratoire :
- Date et heure de réception : Le ____ / ____ / ____ à ____ h ____
- Quantité d'urine estimée visuellement : ____ mL

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE INOVIE GEN-BIO

Date et Heure de réception : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ Opérateur de conformité :

Reçu: Flacon

Réception dans les 5 jours si T° réfrigérée : Oui Non

Ou réception dans les 24h si T° ambiante : Oui Non

Non- conformité :