



DATE : ...../...../.....

NOM ETABLISSEMENT : .....

**ETAPE 1 : DEPOT PRELEVEMENTS ETABLISSEMENT**

Service	Nombre de prélèvements	Heure de dépôt	Nom du responsable (si besoin)
		...h...	
		...h....	
		...h...	
		...h...	

**ETAPE 2 : TRANSPORT PAR USSAP (pour les prélèvements du CH Limoux)**

Nombre total de prélèvements	Heure d'enlèvement	Nom	Commentaires

**ETAPE 3 : TRANSPORTEUR / COURSIER**

Nombre total de prélèvements	Heure d'enlèvement	Nom	Commentaires
	...h...		

**ETAPE 4 : RECEPTION LABORATOIRE**

Nombre total de prélèvements	Heure de réception	Nom	Commentaires
	...h...		