



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE (LNSP)
FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEST

Informations Échantillon

Numéro du patient du site référant: _____

Nom du site référant: _____

Nom et Prénom du Demandeur _____ Téléphone: _____

Type d'échantillon:

- Sang Total Plasma Selles
 Sérum DBS
 Autre (specifiez) _____

Date de Prélèvement:(jj/mm/aaaa) _____ Heure de Prélèvement:(hh:mm): _____

Prélèvement fait par:(Nom et Prénom) _____

Test demandé

- Culture des Selles Recherche de Parasites (Selles Routine) VIH-1 Charge Virale Score d'adhérence: _____
 Rotavirus VIH-1 PCR Date de mise sous ARV _____
 Leptospirose IgM Salmonella IgM Qualitative # _____
 Autre (spécifiez): _____
 Traitement/Médicaments que le patient a reçus récemment: _____

Identification du Patient

Diagnostique Clinique: _____ Date du début de la maladie _____

Nom et Prénom: _____ Numéro d'identité Nationale _____

Adresse Domicile: Rue: _____ Téléphone: _____

Commune: _____ Département _____

Date de Naissance (jj/mm/aaaa) _____ Age: _____ Sexe: Masculin Féminin

Réception au LNSP

Date de Réception : (jj/mm/aaaa) _____ Heure de réception (hh:mm): _____

Échantillon Accepté

Échantillon Rejeté: Raison

- Spécimen renversé
 Fuite échantillon
 Sans Fiche
 Pas réfrigéré

Nom et Prénom du Réceptionniste _____

- Tube cassé
 Sans Etiquette, etc.
 Discordance info Échantillon vs Fiche

Autre (spécifiez): _____ Personne Notifiée _____

LNSP No. d'Ordre: (Généré à la réception au LNSP)

Insp etiquette

Rédaction: *M. Saka*
Date: 23/10/2014

Approbation: *[Signature]*
Date: 24/10/2014

VALID COPY