

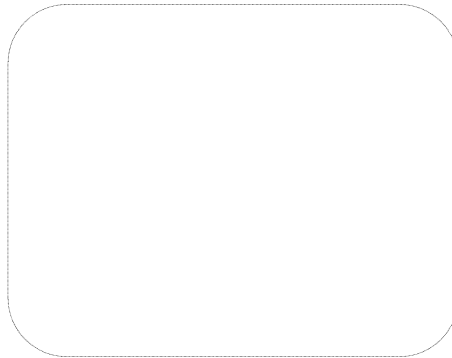
 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX	Entité d'application : PBP- --- - Emetteur : PBP - P1B - ---	EN_LAB_16_2107 Ind : 02
	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	Page : 1/1
PCB - FICHE DE DECHARGE POUR PLAN DE SOIN NON VALIDE		

Je soussigné(e),

Exerçant en tant que :

Dans l'unité de soins :

Ayant prélevé le patient : *(coller ici une étiquette indiquant le NDA du patient concerné)*



→ Certifie avoir validé le plan de soin dans DxCare du prélèvement de ce patient pour les analyses suivantes (indiquer le libellé des analyses concernées ou étiquettes PCB) :

-
-
-
-
-
-

→ Assume la responsabilité de l'horaire de prélèvement du bilan concerné

Bilan prélevé le
à : h

Signature

A faxer à l'accueil du laboratoire ayant signalé l'absence de validation du plan de soin (sous réserve de bon fonctionnement du fax) ou à amener à l'accueil du laboratoire