

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD

Centre Hospitalier Lyon Sud

165, Chemin du Grand Revoyet

69495 Pierre-Bénite cedex

France

N° FINESS : 690784137



Hospices Civils de Lyon

CENTRE DE BIOLOGIE SUD CBAPS - Bâtiment 3D

Service d'Immunologie Dr. Christine LOMBARD

UF d'Auto-Immunité Dr. Nicole FABIEN

Secrétariat :

Tél. 04 78 86 30 68

Fax 04 78 86 66 54

Consultez le catalogue des analyses
des Hospices civils de Lyon
<http://biobook.chu-lyon.fr>

Vous trouverez en fichier joint l'ensemble des analyses et les demandes de renseignements cliniques concernant la **recherche des Anticorps détectés dans les Neuropathies périphériques (anti-« système nerveux périphérique ») Fiche N°1**

- Le bon de demande d'examen de Biologie médicale à remplir par les laboratoires est en **fiche 2**: Seront réalisées les analyses inscrites sur cette fiche (si absence ou discordance avec la prescription médicale associée : seule la prescription médicale sera prise en compte)
- Conditions d'envoi : sérum **décanté**, envoi à température **réfrigérée** (5 +/- 3°C).
- Ces analyses ne sont pas réalisées sur **LCR**. Toute prescription sur LCR fera l'objet d'une **non-conformité** sans retour du prélèvement possible.
- Les demandes d'ajouts d'analyses doivent être adressées uniquement par le laboratoire de biologie expéditeur des échantillons.

Toute demande de résultat non reçu (le délai étant de 2-3 semaines) doit être adressée au laboratoire de biologie expéditeur de votre établissement. Le laboratoire exécutant de Lyon ne donnera pas de résultats par téléphone ni par fax et transmettra des duplicatas uniquement par courrier et à la demande des laboratoires expéditeurs.

SI-PréA-DE-001- 04

Version 18 2020



**Bon de demande d'examen
Biologie médicale ou Anatomico Cyto Pathologie**

Référence client à rappeler sur la facture ou sur le compte rendu :

ETABLISSEMENT DEMANDEUR (ADRESSE DE FACTURATION)	DESTINATAIRE HCL
Nom :	Coordonnées :
Adresse	
Tél :	Tél :
Fax :	Fax :

PATIENT	PRÉLÈVEMENT
Nom usuel :	Date du prélèvement :
Nom de naissance :	Heure du prélèvement :
Prénom :	
Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Conditions pré analytiques :
Date de naissance : --/--/----	
Lieu de naissance :	
N° SS de l'assuré :	Nature du prélèvement :
/- /- /- /- /- /- /- /-	

PRESCRIPTEUR
Nom du Médecin :
Coordonnées :

EXAMEN DEMANDE :
Commentaire :
Aucun bon de commande ne sera joint à la facture. Seules les références seront portées sur la facture. En cas de réclamation sur une facturation de biologie, vous pouvez vous adresser : Par téléphone au 04 72 11 53 12 ou 07 72 11 54 10 Par mail : facturation.lbmms@chu-lyon.fr