

RÉGULARISATION D'IDENTITÉ PATIENT

Date de la demande :

Demandeur :

Nom - contact téléphonique de l'interlocuteur :

Commentaires :

Prélèvement reçu :

Type :

Nombre :

Identifié ? Non Oui

Si oui : **identité présente sur les prélèvements :**

Nom de naissance :

Nom marital ou usuel :

Prénom :

DDN :

Préleveur :

Prescripteur :

Identité réelle du patient :

Nom de naissance :

Nom marital ou usuel :

Prénom :

DDN :

Biologiste/Pathologiste responsable :

Devenir des prélèvements :

REFUS pour destruction

Acceptation par **DEROGATION**

Enregistrement Non-conformité/ Evènement indésirable :

Kalilab : Non Oui

ENNOV : Non Oui

En cas de dérogation, engagement écrit du préleveur/prescripteur sur l'identité du prélèvement/patient :

Je soussigné, atteste que les prélèvements transmis au pôle Biologie - Pathologie

Non identifiés

Identifiés non correctement

appartiennent à :

Nom de naissance :

Nom marital ou usuel :

Prénom :

DDN :

J'assume la responsabilité de la prise en charge de ces prélèvements sous cette identité par le pôle Biologie - Pathologie.

Fait à Brest, le :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :