



LABORATOIRE de Biologie Médicale du CENTRE HOSPITALIER de TOURCOING
Pôle Médico-Technique ☎ 03 20 69 45 40 / 03 20 69 45 41

Nom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date et heure du prélèvement	à
Prénom		Heure Arrivée Laboratoire	
Nom de naissance :			
Date de Naissance :		Nom et signature du préleveur	
Service :			

Ordonnance pour la VICTIME SI PAS DE TRAITEMENT

J0

Date : __/__/__

- Sérologie VIH
- Ou TROD VIH
- Sérologie VHC
- Sérologie VHB :
- Ac anti HBc + Ac anti HBs + Ag HBs
- Ac anti HBs si vaccine
- ALAT

S6

Date : __/__/__

- Sérologie VIH
- Sérologie VHC si indiqué
- ALAT

M3

Date : __/__/__

- Sérologie VHC si indiqué
- ALAT si nindiqué
- Ac antiHBs si besoin ou :
- Ag HBs+AntiHBc si non vacciné ou non répondeur

Résultats

- au médecin prescripteur
- Et au médecin du Travail

Nom du prescripteur

Signature

