



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 Prénom Nom de naissance : Date de Naissance : Service :	Date et heure du prélèvement	à
	Heure Arrivée Laboratoire	
	Nom et signature du préleveur	

Ordonnance pour la personne **SOURCE**

Pour la personne réalisant le TROD VIH

Prélèvement au doigt (accord oral patient source)
TROD VIH

Résultat : Négatif Positif

Pour le laboratoire

Sérologie VIH si besoin de confirmation

Nom du réalisateur du Test

Signature

