eurofins | Biomnis

Bon de demande
Test HPV sur prélèvement ou auto-prélèvement vaginal (code HPVPV)

DIVISION INTERNATIONALE
17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07 • Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56
Email : international@biomnis.eurofinseu.com

PATIENTE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Email : .....

Prénom : .....

Adresse : ..... Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __

.....

CP : _____ Ville : .....

Pays : .....

Tél : .....

Fax : .....

Signature

LABORATOIRE

Code correspondant :

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

.....

CP : _____ Ville : .....

Pays : .....

Date et heure de prélèvement :

__ __ / __ __ / __ __ __ __ à __ __ h __ __ min.

PRESCRIPTION

PATIENTE DE 30 ANS À 65 ANS

MILIEU DE PRÉLÈVEMENT ACCEPTÉ

- Ecouvillon FLOQSwabs, Copan

MODALITÉS D'ENVOI

- Utiliser le sachet dédié rouge Eurofins Biomnis

COMMENTAIRES CLINIQUES / ANTÉCÉDENTS

.....

.....

.....

.....

Note : en cas de résultat positif, la patiente devra prendre RDV avec son professionnel de santé afin de réaliser un prélèvement cervico-utérin en vue d'un examen cytologique.

B63-INTFR - Octobre 2023