



Siège social : Rue des Ecoles 64150 LAGOR Tel. 05 59 60 23 85 Fax 05 59 60 74 42 contact-lagor@labopl.com	Site Mont-de-Marsan : 1 rue Marcel David 40000 - MONT-DE-MARSAN Tel. 05 58 06 08 08 Fax 05 58 06 15 47 contactmdm@labopl.com	Site de Tarbes : Centre Kennedy - rue E. Aldrin 65000 TARBES CEDEX Tel. 05 62 56 71 65 Fax 05 62 56 71 66 contact-tarbes@labopl.com
--	---	--

DEMANDES D'ANALYSES
Fiche de Prélèvement Endoscope

N° devis : _____
N° commande : _____

CLIENT
 Nom : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. : _____
 E mail : _____
 Personne à contacter : _____
 Copie des résultats à : _____

FACTURATION
 Nom : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. : _____
 E mail : _____

Date :/...../.....
Heure :h.....
Préleveur :

Moment du Prélèvement:

condition utilisation (cavité stérile)
 condition défavorable (cavité stérile)
 cycle complet - temps de stockage:

Condition/lieu :

Motif du contrôle :

<input type="checkbox"/> CA: Contrôle Annuel	<input type="checkbox"/> MS: Mise en Service	<input type="checkbox"/> AMC: Après Mesure Corrective
<input type="checkbox"/> CS: Contrôle Semestriel	<input type="checkbox"/> RS: Réouverture Service	<input type="checkbox"/> AMV: Alerte Matériel Vigilance
<input type="checkbox"/> CB: Contrôle Bimestriel	<input type="checkbox"/> P: Prêt	<input type="checkbox"/> CPT: Changement Processus Traitement
<input type="checkbox"/> CT: Contrôle Trimestriel	<input type="checkbox"/> RM: Retour Maintenance	<input type="checkbox"/> QE: Qualification ESET
<input type="checkbox"/> CM: Contrôle Mensuel	<input type="checkbox"/> I: Investigation	<input type="checkbox"/> A: Autres :

Endoscope : Famille: _____
 Type: _____
 n°: _____
 modèle: _____

bronchique digestive urinaire

Dernier traitement : Date et heure : _____
type désinfection: Haut Niveau Niveau Intermédiaire

qualité eau de rinçage: stérile EBM ESS

Prélèvement : global canal par canal bouchons valves pistons connectique

Injection: matériel stérile seringue irrigateur tous conduits

Solution utilisée: DNP N°lot DNP : _____
 Volume Total Injecté Vi : _____ ml
 Volume Recueilli (estimé) Vr : _____ ml

Technique Recueil: passive aspiration

Analyses demandées :

SIGNATURE EOH/IDE :

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE Température à réception : _____ Date de réception :/...../.....	N° DE DOSSIER : _____
--	-----------------------