



**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
MULTISITE**

	Téléphone	Fax
LA ROCHE-SUR-YON • BOILEAU	02 51 37 11 36	02.51.05.59.75
LA ROCHE-SUR-YON • Léon MARTIN	02 51 38 57 00	02.51.38.57.01
LA ROCHE-SUR-YON • GUTENBERG	02 51 37 13 81	02.51.46.10.76
LES ESSARTS	02 51 37 05 91	02.51.46.13.57
LES SABLES D'OLONNE • LES SALINES	02 51 23 75 00	02.51.23.75.09
LES SABLES D'OLONNE • NOUVELLE VAGUE	02 51 23 72 72	02.51.23.09.70
LES SABLES D'OLONNE • PÔLE SANTÉ DES OLNONES	02 51 23 75 01	02 51 23 75 02
LUÇON	02 51 56 06 35	02.51.56.80.26
SAINTE-HERMINE	02 51 27 38 92	02.51.27.38.53
TALMONT-SAINT-HILAIRE	02 51 20 90 91	02.51.22.31.81

www.biorylis.com
info@biorylis.com

ATTESTATION DE CONFIRMATION OU DE MODIFICATION D'IDENTITÉ PATIENT

ACC-E-014-V04 – Novembre 2019

Cette attestation est à compléter par le préleveur (Établissement de Santé, EHPAD, ...) en cas d'erreur d'identification du patient prélevé (erreur sur le nom d'usage, le nom de naissance et/ou la date de naissance, faute d'orthographe, ...) ou en cas d'absence d'identification d'un échantillon biologique jugé précieux par le laboratoire.

Je, soussigné en ma qualité de

certifie que le patient précédemment identifié avec l'identité complète suivante :

IDENTIFICATION PRÉCÉDENTE* :	
NOM D'USAGE :	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> Ou ANCIENNE étiquette d'identification </div>
Prénom :	
Nom de naissance :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :	
N° d'identification laboratoire (IPP) :	

* En cas d'absence de cette identification précédente (absence initiale d'identification d'un échantillon précieux), mettre "N.A.", ne renseigner que le cadre ci-dessous

est à présent identifié sous l'identité complète suivante :

NOUVELLE IDENTIFICATION :	
NOM D'USAGE :	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> Ou NOUVELLE étiquette d'identification </div>
Prénom :	
Nom de naissance :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :	
N° d'identification laboratoire (IPP) :	

Fait à , le / / 20

Signature :

Document à renseigner, à signer et à retourner (par fax) au LBM Biorylis

A réception au laboratoire, document à scanner dans le SIL dans le dossier du patient, à conserver au secrétariat (3 semaines)