CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL GASTON-BOURRET NOUVELLE-CALÉDONIE	Laboratoire Hygiène et Environnement	**Fiche d'identification des prélèvements des eaux hospitalières**	Ref : Version : Applicable le :

Demandeur :

Date de la demande :

Identité Responsable :

Signature du demandeur :

Adresse :
Téléphone :
Email :

Conditions de prélèvement

Date du prélèvement:

Identité du préleveur :

Lieu et Nature du prélèvement		**Nature de l'eau**	**N° d'analyse (réservé au laboratoire)**
☐ 1er jet ☐ 2ème jet **Lieu de Prélèvement :** Température de l'eau : Heure de prélèvement :		Eau hospitalière (EAUHOP) Eau alimentaire (EAUD1) Eau Bactériologiquement maîtrisée (EAUBM) Autres :	
☐ 1er jet ☐ 2ème jet **Lieu de Prélèvement :** Température de l'eau : Heure de prélèvement :		Eau hospitalière (EAUHOP) Eau alimentaire (EAUD1) Eau Bactériologiquement maîtrisée (EAUBM) Autres :	
☐ 1er jet ☐ 2ème jet **Lieu de Prélèvement :** Température de l'eau : Heure de prélèvement :		Eau hospitalière (EAUHOP) Eau alimentaire (EAUD1) Eau Bactériologiquement maîtrisée (EAUBM) Autres :	
☐ 1er jet ☐ 2ème jet **Lieu de Prélèvement :** Température de l'eau : Heure de prélèvement :		Eau hospitalière (EAUHOP) Eau alimentaire (EAUD1) Eau Bactériologiquement maîtrisée (EAUBM) Autres :	
☐ 1er jet ☐ 2ème jet **Lieu de Prélèvement :** Température de l'eau : Heure de prélèvement :		Eau hospitalière (EAUHOP) Eau alimentaire (EAUD1) Eau Bactériologiquement maîtrisée (EAUBM) Autres :	

Date et Heure de Réception Laboratoire :

T°C Glacière à Réception :

Commentaires :

Visa :