



Date :

Heure :

IDENTIFICATION

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

N° de téléphone :

CONTACT POUR RETOUR DES RÉSULTATS

Nom :

Adresse :

Qualité : Médecin traitant

Autre

EXAMENS DEMANDES

B-HCG Glycémie Autre :

Tarif estimé : €

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Conditions de prélèvement : à jeun non à jeun Autres.....

Renseignements cliniques : Date des dernières règles

Autres :

REMISE DES RÉSULTATS

Les résultats sont à retirer au laboratoire

Je souhaite que le laboratoire envoie une copie des résultats au médecin mentionné ci-dessus

INFORMATION

Je déclare avoir été informé :

- du caractère particulier de la demande
- que je dois régler les analyses
- qu'un contact avec le médecin mentionné ci dessus peut s'avérer nécessaire selon les résultats
- que je ne serai pas remboursé des examens en l'absence de prescription
- que le biologiste médical est à ma disposition pour toute information ou avis complémentaire.

Visa du patient

Visa du biologiste