

La réalisation d'un bilan biologique sans ordonnance à votre demande ne se substitue en aucun cas à la consultation chez votre médecin et un examen attentif. Un biologiste médical reste à votre écoute pour toute question.

## Identité patient(e)

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ETIQUETTE  
PATIENT

## Renseignements concernant la demande :

Date de prélèvement du bilan : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médecin traitant : ..... Résultats à transmettre  non  oui (*si oui, en prescripteur 2*)

### **Demande spontanée**

(à la charge du patient, selon tarifs Assurance Maladie)

(NB : *dépistage HIV est toujours pris en charge par l'Assurance Maladie*)

Analyses demandées : .....

.....

.....

Contexte et motif : .....

.....

..... (ordonnance à venir )

**Tarif du bilan** (*selon tarifs assurance maladie*)\*

.....

### **Partie réservée au laboratoire :**

- HIV : [Prescripteur 1 : VIH] [Code SIL : ORDO + HIV] [Facturation : avec FSE]

- Autre : [Prescripteur 1 : PNR] [Code SIL : ORDO + analyses demandées + COMBILAN] [Facturation : hors FSE]

Signature biologiste :

Signature patient(e) :

(ou accord téléphonique : le ..... à .....H.....  
obtenu auprès  du patient ou .....)

Paraphe secrétaire : .....