

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*)

Bilan biologique métabolique

- Glycémie
- Bilan lipidique
- Transaminases (ASAT, ALAT)
- GGT
- Phosphatases alcalines
- Acide urique
- Protéines et créatinine urinaires

Contexte et motif :
.....

Tarif du bilan (selon tarifs assurance maladie)* **23,78€**

Partie réservée au laboratoire :

[Prescripteur 1 : PSP] [Préleveur : TEC] [Code SIL : NVBMET] [Facturation : hors FSE]

Signature biologiste :

Signature patient(e) :

(ou accord téléphonique : le àH.....
obtenu auprès du patient ou)
Paraphe secrétaire :