

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)*

<p>Demande spontanée (à la charge du patient, selon tarifs Assurance Maladie) (NB : dépistage HIV est toujours pris en charge par l'Assurance Maladie)</p>	
<p>Analyses demandées :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Contexte et motif :</p> <p>.....</p> <p>..... (ordonnance à venir <input type="checkbox"/>)</p>	
<p>Tarif du bilan <i>(selon tarifs assurance maladie)*</i></p>	
<p>Partie réservée au laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) :

(* : pour certaines analyses, selon les résultats, le total peut être modifié, selon les règles de l'Assurance Maladie)