

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 de fatigue

- NF
- Glycémie
- Transaminases (ASAT, ALAT)
- GGT
- Phosphatases alcalines
- Créatinine
- CRP
- TSH
- Ferritine

Contexte et motif :
.....

Tarif du bilan (*selon tarifs assurance maladie*)

33,53€

Partie réservée au laboratoire :

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

Signature biologiste :

Signature patient(e) :