

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 étendu

Dossier 1 : - Sérologie HIV

Dossier 2 : - NF

- Créatinine et DFG
- Ionogramme
- Acide urique
- Glycémie
- Ferritine
- TSH
- Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT)
- Phosphatases alcalines
- Sérologie hépatite B
- Sérologie hépatite C
- Vitamine D
- Electrophorèse
- Bilan lipidique
- Calcium
- Phosphore
- Pro BNP
- PSA (chez les hommes de + de 45 ans)

Contexte et motif :

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

120,78€ (femme)
129,53€ (homme)

Partie réservée au laboratoire :

Dossier 1 : [Prescripteur : VIH] [Préleveur : TEC] [Facturation : FSE]

Dossier 2 : [Prescripteur : PSP] [Préleveur : TEC] [Code SIL : NVBETF (femmes) ou NVBETH (hommes)]

[Facturation : hors FSE + couper l'acte de prélèvement]

Signature biologiste :

Signature patient(e) :

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