



- Demande d'analyses supplémentaires par rapport à une ordonnance existante
- Demande d'analyses sans ordonnance
- Refus d'analyses prescrites (à préciser) :
Le prescripteur en sera informé sur le compte-rendu

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Analyses demandées :



Coller ici une étiquette du dossier

Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés :

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer
- Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

Je m'engage à en régler le montant au laboratoire ou au laboratoire qui les aura réalisées.

Fait à

Le

Signature