

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

## Identité du patient

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Etiquette code-barres

## Médecin et Examens

Médecin à contacter en cas de besoin : \_\_\_\_\_  Généraliste  Spécialiste

Analyses à réaliser :

$\beta$ -HCG  Sérologie HIV

Autre : \_\_\_\_\_

Nom du Biologiste médical acceptant la demande : \_\_\_\_\_

## Renseignements cliniques

Conditions de prélèvement :  A jeûn  Non à jeûn  Horaires respectés  Autre :

Renseignements cliniques : Date des dernières règles : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

## Informations du patient

- Le patient a été informé qu'un contact avec un médecin peut s'avérer nécessaire selon les résultats
- Le patient a été informé du délai de rendu de ses résultats
- Le patient passera chercher ses résultats.  **Le patient consultera ses résultats sur Laboconnect.**
- Les résultats seront envoyés au patient.

## Facturation des Examens

- Le patient a été informé qu'il ne sera pas remboursé des examens demandés en l'absence de prescription
- Le patient a été informé que certains examens sont hors nomenclature.

Il sera facturé au patient (*prix à titre indicatif*) : \_\_\_\_\_ €

J'accepte la réalisation des examens

Je refuse la réalisation des examens

Visa du patient :