



Demande d'examen(s) supplémentaire(s) par rapport à une ordonnance existante (à préciser) :
.....

Demande d'examen(s) sans ordonnance (à préciser) :
.....

Nom du biologiste validant la demande :

Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature (à préciser) :
.....

Refus d'examen(s) prescrit(s)* (à préciser) :

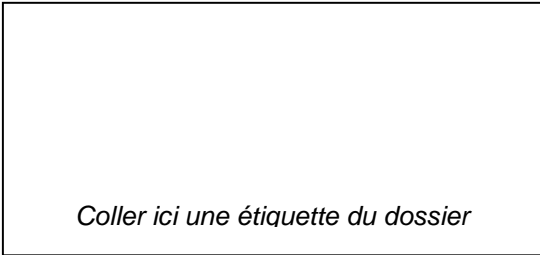
**(Le prescripteur en sera informé sur le compte-rendu)*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F



Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés :

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) :

- Des conditions de prélèvement,
- Du lieu de réalisation de ces examens,
- Du délai et des modalités de rendu des résultats,
- Du montant à payer et du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale (le cas échéant).

Je m'engage à en régler le montant suivant au laboratoire qui les aura réalisés.

Fait à

Le