Demande de prélèvement avec ou sans prescription

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**

Examens à réaliser :

☐ **β-HCG**

☐ **Sérologie HIV sans ordonnance et sans avance de frais (code prescripteur : VIHTest)**

☐ **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

☐ ❼ Le patient a été informé qu'il ne sera pas remboursé des examens demandés en l'absence de prescription

☐ ❼ Le patient a été informé que certains examens sont hors nomenclature.

☐ ❼ Il sera facturé au patient *(prix à titre indicatif)* : _____ €

J'accepte la réalisation des examens ☐ Je refuse la réalisation des examens ☐

Visa du patient :