Demande de prelevement avec ou sans prescription

Date : _____ **Heure :** _____

Identité du patient

Nom et prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance :

Sexe : ☐ **M** ☐ **F**

Etiquette code-barre

Médecin et Analyses

Médecin à contacter en cas de besoin : _____ ☐ **Généraliste** ☐ **Spécialiste**

Analyses à réaliser :

☐ **β-HCG** ☐ **Sérologie HIV**

☐ **Autre :** _____

Renseignements cliniques

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

Renseignements cliniques : Date des dernières règles : _____

Autre : _____

Information 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 qu'il ne sera pas remboursé des examens demandés en l'absence de prescription

☐ Le patient a été informé du délai de rendu de ses résultats

☐ Le patient passera chercher ses résultats. ☐ Les résultats seront envoyés au patient.

Examens hors nomenclature

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 analyses HN ☐ Je refuse la réalisation des analyses HN ☐

Visa du patient :