

Date : _____ Heure : _____

Identité du patient

Nom et prénom : _____

Etiquette code-barre

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

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 :