

Version	H	Date de validation	26/07/2019
Type de texte	VISKALI MP	Mise en application	11/08/2019

Dernière(s) modification(s) du document : EN VIOLET

☐ Demande d'analyses sans prescription

☐ Analyse HN (hors nomenclature) Montant :

Nom :

Coller ici une étiquette du dossier patient

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ H ☐ F

Analyses demandées :

Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés :

En signant ce document, je reconnais avoir été informé : des conditions de prélèvement, du lieu de réalisation des analyses, du délai et des modalités de rendu des résultats, du montant à payer pour les examens, du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale.

Je m'engage à en régler le montant au laboratoire BIOSUD ou au laboratoire qui aura réalisé les examens éventuellement transmis..

Fait à, le.....

Signature du patient

Par la présente, le laboratoire BIOSUD s'engage à prendre en charge les analyses demandées.

NOM PRENOM DU BIOLOGISTE acceptant la demande des analyses hors prescription :