

Examens sans ordonnance

- ORDONNANCE A RENOUVELER, TERMINEE
- DEMANDE D'ANALYSE SANS PRESCRIPTION

Nom :.....

Médecin :.....

Prénom :.....

Infirmier :.....

DDN :.....

**Renseignements cliniques
et thérapeutiques**.....

Adresse :.....

.....

.....

Tel :.....

.....

.....

.....

EXAMENS A EFFECTUER

Le patient consent avoir reçu les informations nécessaires concernant la non prise en charge financière des analyses et s'engage à en régler le montant au laboratoire (montant qui peut varier si le laboratoire juge nécessaire de réaliser des analyses complémentaires en fonctions des résultats).

Signature du patient :

Biologiste acceptant la demande :

Examens sans ordonnance

- ORDONNANCE A RENOUVELER, TERMINEE
- DEMANDE D'ANALYSE SANS PRESCRIPTION

Nom :

Médecin :

Prénom :

Infirmier :

DDN :

**Renseignements cliniques
et thérapeutiques**

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Tel :

.....

EXAMENS A EFFECTUER

Le patient consent avoir reçu les informations nécessaires concernant la non prise en charge financière des analyses et s'engage à en régler le montant au laboratoire (montant qui peut varier si le laboratoire juge nécessaire de réaliser des analyses complémentaires en fonctions des résultats).

Signature du patient :

Biologiste acceptant la demande :