

 <p>CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON</p>	<p>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE</p> <p><i>Bd Louis Escande 71018 Macon CEDEX</i> Tél 03-85-27-53-20 Fax 03-85-27-59-96</p>	<p>Réf : C1-ENR-003-V06 Page 1/1</p>
<p>DEMANDE D'ANALYSES SANS PRESCRIPTEUR</p>		<p>Date d'application : 01/07/2019</p>

Cochez un des choix suivants :

Demande d'analyses supplémentaires par rapport à une ordonnance existante

Demande d'analyses sans ordonnance

Nom du biologiste acceptant la demande :

Accord pour la réalisation d'analyses hors nomenclature

Accord pour un prélèvement de tubes supplémentaires pour études qualité ou protocole de recherche

Refus d'examens notés sur une ordonnance.

Refus d'envoyer un exemplaire des résultats au médecin traitant.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : _ H _ F

Analyses demandées :

-
-
-
-

Coller ici une étiquette du dossier

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 de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer
- Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

Je m'engage à régler le montant de.....au laboratoire ou au laboratoire qui les aura réalisées et dont les résultats me seront transmis dans un délai de

Fait à Le

Signature