

Coller ici  
l'étiquette du dossier

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  H  F

Analyses demandées : .....

.....

**Bilans sans ordonnance :**  $\beta$ HCG IST/MST CHECK UP HOMME SIMPLE COMPLET CHECK UP FEMME SIMPLE COMPLET FATIGUE STANDARD APPROFONDI MENOPAUSE

Pour les demandes de **TROPONINE, DDIMERES ET RECHERCHE DE PALUDISME** à l'initiative du patient, les analyses ne seront effectuées qu'après avis du biologiste.

Médecin traitant (en l'absence de médecin traitant et si les résultats l'exigent, ils seront transmis au 15) :

Nom du médecin : .....

Ville : .....

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement et du lieu de réalisation des analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à régler le jour du prélèvement
- Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la caisse d'assurance maladie

**Pour les mineurs :**

- J'autorise la transmission du compte rendu à mon responsable légal
- Je n'autorise pas la transmission du compte rendu à mon responsable légal

Je m'engage à en régler le montant au Laboratoire SELAS SYNLAB NORMANDIE MAINE.

Fait à .....

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :