	LBM INOVIE LxBIO 22 rue Béteille BP 108 12001 RODEZ CEDEX	**Fiche de demande d'examens de biologie médicale sans prescription**	Ref : FE SECR 1016 (04) Version : 04

Date : Heure :

PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom……. Adresse ……
Nom de naissance …… ……
Sexe ☐ M ☐ F Date de naissance …… N° téléphone ……

MEDECIN A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Médecin à contacter …….. Qualité : ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
Adresse …….
……
……

EXAMENS DEMANDES

Examen demandé : ☐ B-HCG ☐ PSA ☐ Cholestérol ☐ Glycémie

☐ Autre : ……

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Conditions de prélèvement : ☐ à jeun ☐ non à jeun ☐ horaires respectées ☐ autres ……
Renseignements cliniques : date des dernières règles …….
Autres : …….

REMISE DES RESULTATS

Les résultats seront à retirer au laboratoire.

Vous souhaitez :
☐ que le laboratoire envoie une copie des résultats au médecin mentionné ci-dessus

PARTIE A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

INFORMATION DU PATIENT

☐ le patient a été informé du caractère particulier de la demande
☐ le patient a été informé qu'il doit régler les analyses lors du prélèvement
☐ 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 que le biologiste médical est à sa disposition pour interpréter les résultats et apporter éventuellement des conseils

Visa du patient : **Visa du biologiste ou de la personne déléguée :**