

**PRÉLÈVEMENT**

Date :  /  /  Heure :  h

Cadre réservé  
au laboratoire

**PATIENT**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :  /  /

Matricule :

Sexe : H  F

**MÉDECIN** Tampon/signature

**DEMANDE D'ANALYSES**

*Des examens complémentaires peuvent être réalisés en fonction des résultats et feront l'objet d'une cotation supplémentaire. Les délais de rendu de résultat sont de 5 jours ouvrés, un délai supplémentaire peut être nécessaire en cas de réalisation d'examens complémentaires.*

**Tarif hors nomenclature**

<input type="checkbox"/> Biopsie	<b>55 €</b>	
<input type="checkbox"/> Exérèse	<b>75 €</b>	
<input type="checkbox"/> Immunofluorescence directe*	<b>75 €</b>	* Prélèvement en flacon liquide de Michel

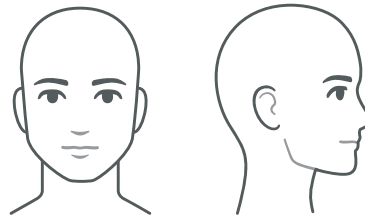
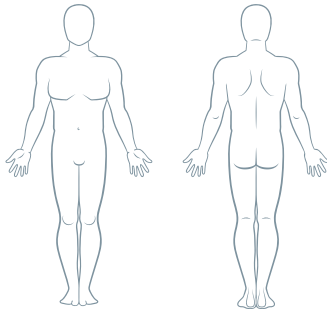
**À COMPLÉTER**

Nombre de biopsies

Nombre d'exérèses

Nombre de flacon de liquide de Michel

Total de flacons



Pièce-jointe :

- Photo
- Rapport

Etiquette  
anonymisation

Site de prélèvement :

Renseignements cliniques :

**ACCORD PATIENT**

*Je reconnais avoir été informé du coût des analyses indiquées sur ce document. J'accepte de régler le montant de base indiqué, ainsi que tout supplément nécessaire pour les analyses additionnelles pouvant être requises au cours de l'investigation médicale. Je comprends que ces analyses supplémentaires sont nécessaires pour assurer la précision du diagnostic et le suivi de mon état de santé. Je donne mon accord pour la transmission anonymisée de mes résultats au Registre National des Tumeurs à visée épidémiologique.*

Date :  /  /  Signature patient →