

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

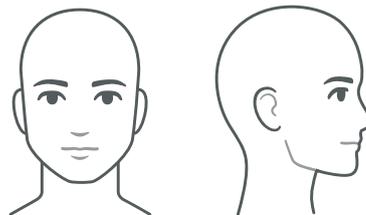
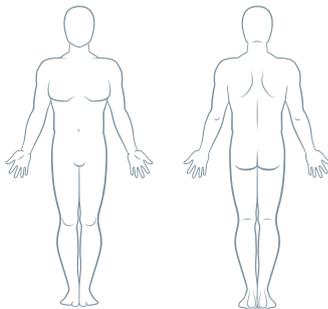
À COMPLÉTER

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 →