



Etiquette dossier

Date :/...../.....

Je soussigné(e) :

Né(e) le/...../.....

Examens concernés :

- 1 - refuse que le laboratoire réalise ces examens, le prescripteur en sera informé sur le compte rendu.
- 2 - autorise le laboratoire à réaliser ces examens hors nomenclature et reconnaît avoir été informé que l'examen n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale.
- 3 - demande au laboratoire de réaliser ces examens sans ordonnance et reconnaît avoir été informé :
 - Des conditions de prélèvement
 - Du lieu de réalisation de ces examens
 - Du délai et des modalités de rendu des résultats
 - Du montant à régler
 - Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

J'autorise mon médecin traitant : à recevoir les résultats et à être contacté en cas de résultats perturbés (*raier la mention si refus*).

En cas de demande sans ordonnance (*code **SSORD** pour acceptation par le biologiste*), renseignements à fournir :

β -hCG : Date des dernières règles le/...../.....

ECBU : Signes cliniques : OUI NON Antibiotiques déjà débutés : OUI NON

Autre renseignement clinique à signaler au biologiste :

Cas particulier de la sérologie VIH :

Vous commencez ou arrêtez une relation avec des rapports sexuels ? OUI NON

Vous avez des rapports sexuels non protégés ? OUI NON

Si OUI, à quelle date avez-vous eu votre dernier rapport à risque ?/...../.....

Etes-vous enceinte ? OUI NON

Etes-vous malade en ce moment ? OUI NON

(si OUI : avez-vous de la fièvre ? OUI NON autre :))

Signature Patient :