



IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : H F

Coller ici une étiquette du dossier

• DEMANDE D'ANALYSES SANS ORDONNANCE

Nom du **biologiste** acceptant la demande :

Analyses concernées :

Bilans sans ordonnance (prix en € - décembre 2025)

Fatigue	<input type="checkbox"/> Base 32,23 SOFB	<input type="checkbox"/> Interm. 62,48 SOFI	<input type="checkbox"/> Complet 184,48 SOFC
Check-up > 45 F	<input type="checkbox"/> Base 26,73 S45FB	<input type="checkbox"/> Interm. 46,98 S45FI	<input type="checkbox"/> Complet 81,73 S45FC
Check-up > 45 H	<input type="checkbox"/> Base 26,73 S45HB	<input type="checkbox"/> Interm. 40,48 S45HI	<input type="checkbox"/> Complet 75,23 S45HC
Check-up 18-44	<input type="checkbox"/> Base 25,23 SO44B	<input type="checkbox"/> Interm. 36,23 SO44I	<input type="checkbox"/> Complet 64,98 SO44C
Ménopause	<input type="checkbox"/> Base 26,73 SOMB	<input type="checkbox"/> Interm. 69,73 SOMI	<input type="checkbox"/> Complet 104,48 SOMC
Végétar(l)ien	<input type="checkbox"/> Base 25,23 SOVB	<input type="checkbox"/> Interm. 53,98 SOVI	<input type="checkbox"/> Complet 127,48 SOVC
Intol. Alim.	<input type="checkbox"/> Base 33,73 SOIAB	<input type="checkbox"/> Interm. 107,48 SOIAI	<input type="checkbox"/> Complet 139,98 SOIAC

Résultats à adresser à votre médecin traitant : oui non

Nom du médecin traitant :

• ACCORD POUR ANALYSES PRESCRITES NON REMBOURSABLES / HORS NOMENCLATURE

Analyses concernées :
.....

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) :

- du lieu de réalisation des analyses, du délai de rendu des résultats
- du montant à payer (facture au patient ou à l'établissement de soins) :€
- du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale.

Je m'engage à en régler le montant au laboratoire Biolab – Unilabs.

Fait à :

Signature :

Le :

• REFUS D'ANALYSES PRESCRITES (à préciser) :

Motif :

Fait à :

Signature :

Le :