



- Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante
- Demande d'examens sans ordonnance-**Dans le cadre d'examens demandés sans ordonnances – merci de remplir l'encadré ci-dessous.**

Renseignements cliniques justifiant la pertinence des examens et informations nécessaires à l'interprétation des résultats :

.....
.....
.....

Nom du biologiste ayant accepté la demande (**Obligatoire**) :

- Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature
- Refus d'examens prescrits (à préciser) :
-

PATIENT : Nom :Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :Sexe : M F

ANALYSES DEMANDEES :

-
-

MEDECIN TRAITANT à contacter en cas de résultats perturbés :

En signant ce document, le patient reconnaît avoir été informé :

- du lieu de réalisation des examens;
- du délai et des modalités de rendu de résultats;
- du montant à régler :€;
- que ce montant ne sera pas pris en charge par la sécurité sociale.

Le patient s'engage à régler le montant indiqué au laboratoire ACM Bio ou au laboratoire qui aura réalisé les examens.

Fait à :

Signature du patient :

Le :