



Lettre-clé en majuscule

Laboratoire _____
 Adresse _____ CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____

N° Client : _____
 N° FDA : _____

N° différent à créer pour chaque nouvelle demande

FEUILLE DE DEMANDE D'ANALYSES

PATIENT

Sexe F M Animal
 Nom _____
 Nom de jeune fille _____
 Prénom _____
 Né(e) le /
 Votre référence _____
 Service Unité _____

TRANSMISSION DES RESULTATS

LABORATOIRE
 PATIENT
 MEDECIN obligatoire pour les examens des caractéristiques génétiques

JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ORDONNANCE
 (pour l'envoi du compte-rendu au médecin et/ou dans le cas d'une prise en charge)

FACTURATION

LABORATOIRE
 PATIENT facture totale
 PRISE EN CHARGE
Joindre une photocopie de l'attestation de la carte vitale et de l'ordonnance

_____ % CPAM
 _____ % Mutuelle
 _____ % Labo
 _____ % Patient

ALD CMU MAT AME INV STE AT Date /

AUTRES
 Clinique,
 Médecine du travail,
 Employeur...

A D R E S S E _____ CP _____ Ville _____
 N° SS _____
 Organisme _____ Caisse _____ N° Centre _____ Ville _____
 A D R E S S E _____ CP _____ Ville _____
 A D R E S S E _____ CP _____ Ville _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES/TRAIEMENT/POSOLOGIE

..... DDR / Grossesse

PRELEVEMENT(S)

Date / et heure _____ de prélèvement Diurèse _____ ml / Temps _____ heures
 Nombre de tubes total : _____ = REFRIGERE _____ + CONGELE _____ + T° AMBIANTE _____

ANALYSE(S)

REFRIGERE		CONGELE		T° AMBIANTE	
NATURE	ANALYSES	NATURE	ANALYSES	NATURE	ANALYSES

DOSSIER URGENT

T° AMBIANTE

Etiquette à joindre au(x) prélèvement(s) à T° ambiante

N° Client : _____ N° FDA : _____

CONGELE

Etiquette à joindre au(x) prélèvement(s) congelé(s)

N° Client : _____ N° FDA : _____

Reprendre le même N° que celui indiqué dans la zone d'identification en haut de page