



FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES

Je soussigné(e), M/Mme.....
Nom de jeune fille
Né(e) le
Demeurant à
N° de téléphone.....

☐ En l'absence d'ordonnance, je souhaite réaliser les analyses suivantes :

-
-
-
-
-
-
-

☐ En cas de prescription, je donne mon accord pour la réalisation des analyses hors nomenclature suivantes :

.....
.....

Nom du Médecin traitant :

☐ Je possède une prescription médicale et je souhaite réaliser un test de sérologie vis à vis du SARS- CoV et hors nomenclature. Les explications utiles concernant ce test m'ont été données.

J'accepte qu'un exemplaire soit adressé à mon médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Le laboratoire m'a informé(e) et j'ai compris les recommandations liées au prélèvement et les conditions d'exécution des analyses demandées.

Je m'engage à régler le montant des honoraires : €

Le à

Signature du patient