

**DEMANDE D'EXAMEN  
ANATOMO-PATHOLOGIQUE**  
 N° EXAMEN : \_\_\_\_\_

**ÉTIQUETTE LABORATOIRE**

**MÉDECIN**

|                                    |           |                                   |  |                                |   |
|------------------------------------|-----------|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|
| <b>NOM PRÉNOM<br/>DU MÉDECIN :</b> |           |                                   |  |                                |   |
| <b>CLINIQUE/<br/>CENTRE :</b>      | Adresse : |                                   |  |                                |   |
| Autres médecins<br>à informer :    |           |                                   |  | <b>Facturation :</b>           | <input type="checkbox"/> Patient<br><input type="checkbox"/> Clinique |
| <b>Date du<br/>prélèvement :</b>   |           | <b>Heure de<br/>prélèvement :</b> |  | <b>Heure de<br/>fixation :</b> |   |

**PATIENT**

|                                   |  |  |                    |                |  |
|-----------------------------------|--|--|--------------------|----------------|--|
| <b>NOM :</b>                      |  |  |                    | <b>DDN :</b>   |  |
| <b>PRÉNOM :</b>                   |  | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme | <b>Téléphone :</b> |                |  |
| <b>ADRESSE :</b>                  |  |  |                    | <b>Email :</b> |  |
| <b>N° DE SÉCURITÉ<br/>SOCIALE</b> |  | Caisse<br>gestionnaire   |                    | Code<br>régime |  |

Bénéficiaire:  CMU  C2S  AME  ALD  INVAL  
 Joindre impérativement copie attestation de droits

Accord du patient pour la dématérialisation de la facture

**PRÉLÈVEMENT**

Examen Extemporane :  Oui  Non  **URGENT**

Nombre de flacons réceptionnés :

Biopsie  Exérèse

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Macroscopie :            | Renseignements cliniques et/ou antécédents (schéma) : |
| Cadre réservé au cabinet |   |