



URGENT à faxer à téléphoner Merci de préciser N°:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Sexe : F M
Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Mail :
Téléphone :

accord du patient pour la dématérialisation de la facture
 Opposition de la patiente à la transmission de ses résultats à un organisme de dépistage (biopsies cervicales)

Adresse patient(e) :
.....
CP : ville :

N° SS :
Caisse :
Nom et N° Mutuelle :

Bénéficiaire CSS AME ALD INVAL
joindre impérativement copie attestation de droits

MEDECIN PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS :
.....
.....
.....
Signature et cachet

AUTRE(S) MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S)

Nom(s) /Adresse(s) / Service(s) :
.....
.....
.....
.....
.....

DEMANDE D'EXAMEN / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nature et topographie du/des prélèvement(s)

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

Nbre de pots :

Renseignements cliniques, radiologiques, biologiques :

Documents joints nombre et nature :
Antécédents :
Traitements en cours :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Heure de fixation :

Cadre réservé au laboratoire :

Le verso est réservé au laboratoire

DISCLAIMER: Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée. Pour plus d'informations, veuillez consulter <http://www.unilabs.fr> Rubrique « Protection des données »