



Bon de demande EXAMEN ANATOMO-CYTO- PATHOLOGIQUE

Etiquette laboratoire

☐ **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 »