

CLERMONT-FERRAND18 avenue Léonard de Vinci
63063 Clermont-Ferrand Cedex 1
Tel : 04 73 28 51 70
Fax : 04 73 28 51 80**BOURGES**4 Quai Messire Jacques - BP252
18000 Bourges
Tel : 02 48 50 54 24**NEVERS**16 rue Clerget – BP 549
58005 Nevers Cedex
Tel : 03 86 61 48 90
Fax : 03 86 61 96 80 **URGENT** A faxer A téléphoner Merci de préciser N° :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Heure de fixation :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSSexe : F M

Nom d'usage : _____

Mail : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Nom de naissance : _____

N° SS : _____

Date de naissance : _____

Caisse : _____

Adresse patient(e) : _____

Bénéficiaire CMU C2S AME ALD INVAL

Joindre impérativement copie attestation de droits

CP : _____ Ville : _____

FACTURATION : HOPITAL CLINIQUE PATIENT**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 CLINIQUESPrélèvement à visée carcinologique : OUI NON

Localisation et nature du prélèvement

Nbre de pots :

Renseignements cliniques, radiologiques, biologiques :

Documents joints nombre et nature : _____

Antécédents : _____

Traitements en cours : _____

Cadre réservé au laboratoire :