



Laboratoire d'Analyses Médicales SYNLAB NORMANDIE MAINE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : H F

Coller ici
l'étiquette du dossier

Analyses demandées :

Bilans sans ordonnance :

βHCG

IST/MST

CHECK UP HOMME SIMPLE **COMPLET**

CHECK UP FEMME SIMPLE **COMPLET**

FATIGUE STANDARD **APPROFONDI**

MENOPAUSE

Pour les demandes de **TROPONINE, DDIMERES ET RECHERCHE DE PALUDISME** à l'initiative du patient, les analyses ne seront effectuées qu'après avis du biologiste.

Médecin traitant (en l'absence de médecin traitant et si les résultats l'exigent, ils seront transmis au 15) :

Nom du médecin :

Ville :

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- des conditions de prélèvement et du lieu de réalisation des analyses
- du délai et des modalités de rendu des résultats
- du montant à régler le jour du prélèvement
- du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la caisse d'assurance maladie

Je m'engage à en régler le montant au Laboratoire SELAS SYNLAB NORMANDIE MAINE.

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature :