



## 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 :