



**FEUILLE DE PRESCRIPTION D'EXAMEN DE BIOLOGIE MEDICALE**

Fev. 2015

☎ 03 20 444 555

**COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR**

Demandeur \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_  
 E mail \_\_\_\_\_

**PATIENT**

**TRANSMISSION DES RESULTATS**

Nom  
 Nom d'épouse  
 Prénom  
 Né(e) le  
 Sexe

ETIQUETTE  
 PATIENT

- LABORATOIRE  
 PATIENT  
 MEDECIN

**JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ORDONNANCE**

pour l'envoi du compte-rendu au médecin et/ou dans le cas d'une prise en charge

Votre référence \_\_\_\_\_  
 Service/Unité \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENT / POSOLOGIE**

..... DDR \_\_\_\_\_  
 ..... Grossesse

**PRELEVEMENT DES ECHANTILLONS**

Nom du préleveur : .....

Date \_\_\_\_\_ et heure \_\_\_\_\_ de prélèvement. Diurèse \_\_\_\_\_ ml en \_\_\_\_\_ heures

Nombre total de tubes \_\_\_\_\_ = REFRIGERES \_\_\_\_\_ + CONGELES \_\_\_\_\_ + T° AMBIANTE \_\_\_\_\_

**ANALYSE(S)**

REFRIGERES		CONGELES		T° AMBIANTE	
NATURE	ANALYSES	NATURE	ANALYSES	NATURE	ANALYSES
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**FACTURATION**

LABORATOIRE  
 PATIENT facture totale  
 PRISE EN CHARGE  
 Joindre une photocopie de l'attestation de la carte vitale et de l'ordonnance

100 % CPAM  
 \_\_\_\_\_ % CPAM  
 \_\_\_\_\_ % Mutuelle  
 \_\_\_\_\_ % Labo  
 \_\_\_\_\_ % Patient

AUTRES  
 Clinique, Médecine du travail, Employeur

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 N° SS \_\_\_\_\_  
 Organisme \_\_\_\_\_ Caisse \_\_\_\_\_ N° Centre \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 ALD  CMU  MAT  AME  INV  STE  AT Date \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_