



FEUILLE DE PRESCRIPTION D'EXAMEN DE BIOLOGIE MEDICALE

30 septembre 2023

☎ 03.20.444.555

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

PATIENT

Nom _____
 Nom d'épouse _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____
 Sexe F M
 Matricule INS _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

TRANSMISSION DES RESULTATS

- 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

correspond au NIR (Numéro d'Identification au Répertoire des personnes physiques) ou au NIA (Numéro Identifiant Attente) de l'individu

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / TRAITEMENT / POSOLOGIE

..... DDR _____
 Grossesse

ECHANTILLON(S) ET EXAMEN(S) DEMANDE(S)

Date _____ et heure _____ de prélèvement. Diurèse _____ ml en _____ heures

Nombre total de tubes _____ = REFRIGERES _____ + CONGELES _____ + T° AMBIANTE _____

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 _____