|  |
| --- |
| **ENREGISTREMENT ANALYSE HORS NOMENCLATURE PRE1ENR005\_(07)**Demande formulées oralement et Analyses HN |
| ***Nom de Biologiste responsable :***  |
| ***-> Information patient :***  |
| Nom usuel :  |
| Nom de naissance (obligatoire si demande de groupe ou RAI) :  |
| Prénom :  |
| DDN :  |
| Sexe :  |
| [ ] Demande d’analyses supplémentaires par rapport à une prescription existante[ ] Demande d’analyses sans prescription[ ] Accord pour la réalisation d'analyses hors nomenclature[ ]***Refus d’analyses prescrites (à préciser) :*** ***Le prescripteur en sera informé sur le compte-rendu***- - -  *Coller ici une étiquette du dossier*  |
| ***-> Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés :***  |
| Nom du médecin traitant :  |
| Adresse / ville :  |
| Numéro de téléphone :  |

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) :

* Des conditions de prélèvement (*pour demande d’analyses dans le cadre de la commission « permis de conduire » Cf. document rèf. : PRE6ENR002\_\_ pour tout recueil d’urines en vue d’une recherche de Cannabis)*Du lieu de réalisation de ces analyses
* Du délai et des modalités de rendu des résultats
* Du montant à payer : euros (hors frais de dossier éventuels demandés par le LBM exécutant et sous réserve de facturation complémentaire)
* Du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

|  |
| --- |
| **Pour la demande d’analyses réalisée dans le cadre de la commission « permis de conduire »****Seul le patient est destinataire du compte rendu résultat****Les résultats vous seront remis contre règlement de la facture.****Résultats à apporter lors de votre visite permis de conduire.** |

Je m'engage à en régler le montant au laboratoire Medilab-group ou au laboratoire qui les aura réalisées.

Fait à Le

 Signature :