|  |
| --- |
| **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 :