



LBM SYNERGIBIO
multi-sites
2, rue de la République
97100 BASSE-TERRE

DEMANDE ORALE
EXAMEN HORS
NOMENCLATURE
EXAMENS TRANSMIS

Ref : RVC-ENR002 v01
Version : 01
Applicable le : 11-09-2020


• Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : ☐ H ☐ F

Tel :

Etiquette ou n° de dossier

Pour les patients mineurs ou sous tutelle
Nom/Prénom du tuteur légal :

• **Objet (Cochez) :**

☐ Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante

☐ Demande d'examens sans ordonnance

Accord et visa du biologiste obligatoire

☐ Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature

☐ Accord pour l'expédition d'examens à un laboratoire spécialisé

(Comportant la transmission de données confidentielles me concernant)

☐ Accord pour la diffusion de mes résultats à la commission médicale de la Préfecture

☐ Refus d'examens prescrits (à préciser) :

• Liste des examens faisant l'objet de la demande :

Nom des examens	Laboratoire exécutant	Détail du Tarif pour examens HN

Médecin à contacter *si besoin (obligatoire)* :

• En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces examens
- Du délai et des modalités de remise des résultats
- Du montant à payer (Hors nomenclature non pris en charge par la sécurité sociale)

Je m'engage à en régler au laboratoire Synergibio ou au laboratoire qui les aura réalisés le montant indiqué et les éventuels suppléments (sur justificatif).

Fait à.....

Le

Nom, prénom, signature :



LBM SYNERGIBIO
multi-sites
2, rue de la République
97100 BASSE-TERRE

DEMANDE ORALE
EXAMEN HORS
NOMENCLATURE
EXAMENS TRANSMIS

Ref : RVC-ENR002 v01
Version : 01
Applicable le : 11-09-2020


• Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : ☐ H ☐ F

Tel :

Etiquette ou n° de dossier

Pour les patients mineurs ou sous tutelle
Nom/Prénom du tuteur légal :

• **Objet (Cochez) :**

☐ Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante

☐ Demande d'examens sans ordonnance

Accord et visa du biologiste obligatoire

☐ Accord pour la réalisation d'examens hors nomenclature

☐ Accord pour l'expédition d'examens à un laboratoire spécialisé

(Comportant la transmission de données confidentielles me concernant)

☐ Accord pour la diffusion de mes résultats à la commission médicale de la Préfecture

☐ Refus d'examens prescrits (à préciser) :

• Liste des examens faisant l'objet de la demande :

Nom des examens	Laboratoire exécutant	Détail du Tarif pour examens HN

Médecin à contacter *si besoin (obligatoire)* :

• En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces examens
- Du délai et des modalités de remise des résultats
- Du montant à payer (Hors nomenclature non pris en charge par la sécurité sociale)

Je m'engage à en régler au laboratoire Synergibio ou au laboratoire qui les aura réalisés le montant indiqué et les éventuels suppléments (sur justificatif).

Fait à.....

Le

Nom, prénom, signature :