# C2 - ENR 03 Version 3

# Examens sans ordonnance

☐ ORDONNANCE A RENOUVELER, TERMINEE
☐ DEMANDE D'ANALYSE SANS ORDONNANCE

**Nom** :……..
**Prénom** :…….
**DDN** :…….
**Adresse :**…….
……
……
**Tel** :……..

**Médecin** :……..
**Infirmier** :……..
**Renseignements cliniques Et thérapeutiques**.....
……
……
……

**EXAMENS A EFFECTUER**

Le patient consent avoir reçu les informations nécessaire concernant la non prise en charge financière des analyses et s'engage à en régler le montant au laboratoire (montant qui peut varier si le laboratoire juge nécessaire de réaliser des analyses complémentaires en fonctions des résultats).

**Signature du patient :**

**Accord Patient (signature) :**

# C2 - ENR 03 Version 3

# Examens sans ordonnance

☐ ORDONNANCE A RENOUVELER, TERMINEE
☐ DEMANDE D'ANALYSE SANS ORDONNANCE

**Nom** :……..
**Prénom** :…….
**DDN** :…….
**Adresse :**…….
……
……
**Tel** :……..……

**Médecin** :……..
**Infirmier** :……..
**Renseignements cliniques Et thérapeutiques**.....
……
……
……

**EXAMENS A EFFECTUER**

Le patient consent avoir reçu les informations nécessaire concernant la non prise en charge financière des analyses et s'engage à en régler le montant au laboratoire (montant qui peut varier si le laboratoire juge nécessaire de réaliser des analyses complémentaires en fonctions des résultats).

**Signature du patient :**