

### ③ ANALYSES SANS PRESCRIPTION MEDICALE

 Appeler le 9071 pour connaître le coût des analyses.

Analyses demandées :

.....  
.....

Nom du biologiste acceptant la demande .....

Médecin à contacter  
en cas de résultats perturbés (*item obligatoire*): .....

Je soussigné(e),

Nom .....

Prénom .....

né(e) le ..... reconnaît avoir été informé(e) que les analyses demandées ne seront pas prises en charge par la sécurité sociale, et m'engage à en régler le montant au laboratoire qui les a réalisées.

Date : .....

Signature :



## INFORMATION AU PATIENT DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION EXTERNE



**Laboratoire de Biologie Médicale  
Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres  
Lieu-dit « Le Pâtis de L'Auraire »  
4 rue du Dr Michel Binet  
79350 FAYE L'ABBESSE  
Tel : 05.49.68.30.55  
Fax : 05.49.80.81.94**

## I / PARTIE RESERVEE AU PATIENT

Vos analyses vont être réalisées au **laboratoire du CHNDS** ou, pour les analyses spécialisées, transmises à un laboratoire extérieur.

### MODALITES DE TRANSMISSION DES RESULTATS

Toutes les informations sont confidentielles et protégées par le secret professionnel.

✓ **Aucun résultat ne sera donné par téléphone.**

✓ Un compte rendu vous est adressé par courrier à l'adresse indiquée, ou par internet selon votre choix.

✓ Un exemplaire est envoyé au prescripteur, sauf indication contraire de votre part. **(compléter le ① de ce document).**

✓ Un exemplaire peut être envoyé à un autre médecin que le médecin prescripteur à votre demande **(compléter le ① de ce document).**

✓ Pour une remise des résultats en main propre au laboratoire du site de Faye l'Abbesse, veuillez vous présenter avec ce document identifié, (ou le remettre au mandataire de votre choix) et **cocher la case ②**.

Si les comptes-rendus des résultats ne sont pas retirés au laboratoire dans un délai de 7 jours, ils seront adressés par voie postale.

*Étiquette d'identification patient à coller*

Date du prélèvement

..... / ..... / .....

### DELAI DE RENDU DES RESULTATS

Ces délais sont calculés à partir de l'enregistrement des prélèvements par le laboratoire exécutant. Ils ne tiennent pas compte des week-ends, jours fériés, d'une éventuelle mise en contrôle, de l'ajout d'une analyse complémentaire, des délais postaux. **Ils ne concernent pas les prélèvements microbiologiques.**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| - Analyses réalisées au laboratoire du CHNDS               | : <b>J 0</b> sauf      |
| ▪ Marqueurs tumoraux, vitamines, hormonologie, immunologie | : <b>J + 2</b> maximum |
| ▪ Protéines (électrophorèse)                               | : <b>J + 4</b> maximum |
| - Analyses réalisées par un laboratoire spécialisé         | : <b>J + 2</b> minimum |

## II / PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

A compléter par le patient si besoin, et à joindre au bon de demande et à l'ordonnance

### ① TRANSMISSION DES COMPTES-RENDUS DES RESULTATS : (cocher)

Je ne souhaite pas que mes résultats biologiques soient communiqués au prescripteur.

Je souhaite communiquer mes résultats biologiques à un autre médecin que le médecin prescripteur: (renseigner ses nom et adresse)

.....

.....

.....

### ② REMISE DES COMPTES-RENDUS DES RESULTATS EN MAIN PROPRE AU LABORATOIRE SITE DE FAYE L'ABBESSE :

(cocher)

*Étiquette d'identification patient à coller*

Date : .....

Signature :

