

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM DU LABORATOIRE-ETABLISSEMENT DE SANTE*

** destinataire de la facture*

ADRESSE COMPLETE

TELEPHONE

TELECOPIE

EMAIL

@

IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE DE LA COMMANDE

REFERENCE* A TRANSMETTRE POUR L'IDENTIFICATION

** cette référence, sera transmise sur la facture établie par le chu de bordeaux
et permettra au demandeur d'identifier la prestation réalisée*

DATE DE LA DEMANDE

DATE DU PRELEVEMENT

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM D'USAGE |

NOM DE FAMILLE* |

** nom de naissance ou patronymique*

PRENOM DE L'ETAT CIVIL |

NE(E) LE |

N° de SECURITE SOCIALE |

ADRESSE COMPLETE |

N° DE TEL DU PATIENT |

SEXE M ☐ F ☐

ZONE RESERVEE
ETIQUETTE CHU

RAPPEL

La présente fiche doit être adressée correctement remplie et avec les justificatifs attendus pour la prescription (ordonnance).

Il est rappelé que le CHU de Bordeaux facturera au demandeur l'ensemble des examens réalisés, en se fondant sur les indications fournies par ce dernier, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Le demandeur est donc responsable de la qualité et de l'exhaustivité des informations saisies et transmises, seules à même de garantir la facturation des analyses réalisées.

Le demandeur est réputé respecter les exigences de l'article R162-17 du code de la sécurité sociale, en termes de consentement du patient et d'information sur les tarifs (examens non remboursés).

Si le système informatique du demandeur permet l'édition d'un document retraçant l'intégralité des éléments attendus, elle pourra se substituer à cette fiche manuscrite.