



## PATIENT SANS ORDONNANCE

**C1L-EN-001**  
**Version 6**

*Ce document permet de tracer les demandes d'analyses formulées oralement. Le patient n'ayant pas d'ordonnance.*

- Demande d'examens supplémentaires par rapport à une ordonnance existante  
 Demande d'examens sans ordonnance

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  H  F

Examens demandés :

*Coller ici une étiquette du dossier*

Médecin traitant à contacter en cas de résultats perturbés : .....

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 rendu des résultats
- Du règlement à effectuer au centre hospitalier du fait de l'absence d'ordonnance et donc de la non prise en charge par la sécurité sociale.

Je m'engage à en régler le montant à l'hôpital de Moulins-Yzeure ou au laboratoire qui les aura réalisés.

Fait à .....

Le .....

Signature

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**du biologiste qui a accepté la demande**

A joindre impérativement avec la fiche de renseignements de Consultations Externes