



Entre le Laboratoire BIO VSM LAB et le patient

Dossier N° .

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Situation clinique du dosage de la vitamine D :

	oui	non	ne sait pas
- suspicion de rachitisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- suspicion d'ostéomalacie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- transplantation rénale de plus de 3 mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- chirurgie bariatrique (sleeve, by-pass, anneau) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- personne agée sujette aux chutes à répétition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

réservé au laboratoire :

Il a été convenu suite à l'information du patient par le laboratoire :

- la réalisation de l'analyse VD hors-nomenclature (18 euros)
- la non réalisation de l'analyse VD prescrite suite au refus du patient

Le prescripteur en sera informé sur le compte-rendu

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) par le laboratoire :

- > du montant à payer (18 euros)
- > du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

Je reconnais avoir reçu toutes les informations utiles concernant ma demande et m'engage à régler, si besoin, le montant des prestations au laboratoire.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du patient