*FICHE DE DEMANDE ORALE D’ANALYSES PAR LE PATIENT*

NOM : ……………………………… PRENOM : ……………………….

DATE DE NAISSANCE : ……………………………

CIN : ……………………… Tél : ………………………………

Email : ……………………………………………………………………………………

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : ……………………………………………………………………….

ANALYSES DEMANDEES :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

VISA DU PATIENT :