



Bon de demande **Microbiote intestinal**

1. Patient

Mme M. Sexe : F M

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

CP :

Ville :

Email (*obligatoire*) :

.....

Pays :

Nom du médecin traitant :

Règlement et accord du patient

Nous vous remercions de bien vouloir noter que ce type de bilan reste à la charge du patient et en conséquence, ne fera pas l'objet de prise de charge par la sécurité sociale. Les coûts associés à ce bilan devront donc être acquittés par le patient au moment du prélèvement (*Art. L6211-10 CPS*).

Je soussigné(e) (*nom, prénom*)

.....
reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus.
Je donne mon accord pour réaliser l'acte de prélèvement, en vu de la réalisation des analyses du bilan demandé.

Fait à :

Le

Signature du patient

Cachet du Prescripteur

Laboratoire préleveur (le cas échéant)

N° de correspondant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP :

Ville :

Pays :

Identification du Laboratoire

Bilan du microbiote intestinal

Code : JBIOT

Réserve Juvenalis