



Biomnis

Fiche de renseignements cliniques Inhibine A

Fiche complétée à joindre impérativement au prélèvement

DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322
69357 Lyon cedex 07

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85

Fax : +33 (0)4 72 80 73 56

E-mail : serviceexport@eurofins-biomnis.com

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Mail du médecin :

Nom du médecin :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de prélèvement :|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE

● FEMME MÉNOPAUSÉE : ☐ OUI ☐ NON

Si non, date des dernières règles :|.....|.....|.....|.....|.....

● Informations complémentaires :
.....

● CONTEXTE TUMORAL : ☐ OUI ☐ NON

● D'autres marqueurs tumoraux ont-ils déjà été dosés ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels et quels sont les résultats du dosage :
.....

● Informations complémentaires :
.....

● RENSEIGNEMENTS ÉCHOGRAPHIQUES :
.....
.....
.....