eurofins | Biomnis

# Fiche de renseignements cliniques
# Inhibine A

Fiche complétée à joindre impérativement au prélèvement

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Mail du médecin : .....

Nom du médecin : .....

Service : .....

Adresse : .....

.....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

## 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 :** .....

  .....

  .....

  .....

Ces analyses font l'objet d'une retransmission.