eurofins | Biomnis

Bon de demande
Test HPV sur prélèvement ou auto-prélèvement vaginal (code HPVPV)

Conformément aux recommandations de la HAS de juillet 2019

☐ **Facturation tiers payant**
☐ **Dépistage organisé**

Réservé Eurofins Biomnis

PATIENTE

Nom* : .....

Nom de naissance* : .....

Prénom* : .....

Date de naissance* : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse* : .....

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

Tél.* : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Email* : .....

**Champs obligatoires*

FACTURATION : TIERS PAYANT

***Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous si tiers payant*

(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

Organisme de rattachement sécurité sociale**:

|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_| Code gestion** : |_|_|

N° de sécurité sociale** :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Informations mutuelle** :

Nom de la mutuelle :.....

N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : .....

N° adhérent : .....

LABORATOIRE

Code correspondant Eurofins Biomnis : ☐

Nom du laboratoire : .....

Adresse : .....

.....

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

Date et heure de prélèvement :

|_|_| |_|_| |_|_|_|_| à |_|_| h |_|_| min.

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

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

MÉDECIN TRAITANT

N° RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

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

PRESCRIPTION

PATIENTE DE 30 ANS À 65 ANS

☐ **Dépistage individuel**
☐ **Dépistage organisé**

MILIEU DE PRÉLÈVEMENT ACCEPTÉ

- Ecouvillon FLOQswabs, Copan **à adresser tel quel sans décharger en milieu de transport**

MODALITÉS D'ENVOI

- **Laboratoire en direct :** utiliser le sachet dédié rouge Eurofins Biomnis

Dans le cadre du DOCCU, je suis informée du traitement de mes données personnelles et de mes droits.

☐ Je m'oppose à la transmission de mes résultats au CRCDC qui, de ce fait, ne réalisera pas sa mission de suivi pour ce dépistage.

COMMENTAIRES CLINIQUES / ANTÉCÉDENTS

.....

.....

.....

.....

Note : en cas de résultat positif, la patiente devra prendre RDV avec son professionnel de santé afin de réaliser un prélèvement cervico-utérin en vue d'un examen cytologique.