



Entre le Laboratoire BIO VSM LAB et le patient :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Coller ici une étiquette du N° de dossier

Situation clinique du dosage de la vitamine D :

	oui	non	ne sait pas
- suspicion de rachitisme :	☐	☐	☐
- suspicion d'ostéomalacie :	☐	☐	☐
- transplantation rénale de plus de 3 mois :	☐	☐	☐
- chirurgie bariatrique (sleeve, by-pass, anneau) :	☐	☐	☐
- personne âgée sujette aux chutes à répétition :	☐	☐	☐



réserve au laboratoire :

Il a été convenu suite à l'information du patient par le laboratoire :

- la réalisation de l'analyse VD hors-nomenclature (15 euros)..... ☐

- la non réalisation de l'analyse VD prescrite suite au refus du patient.... ☐

Le prescripteur en sera informé sur le compte-rendu.

En signant ce document, je reconnais avoir été informé(e) par le laboratoire :

--> du montant à payer (15 euros)

--> du fait que ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale

Je reconnais avoir reçu toutes les informations utiles concernant ma demande et m'engage à régler, si besoin, le montant des prestations au laboratoire.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du patient :