

Metabolic Balance

APPOSER CODE À BARRES ICI

C

Prélevé

nom prénom

Date :
aaaa/mm/jj heure

**LES PATIENTS DOIVENT BIEN S'IDENTIFIER COMME
ÉTANT POUR MÉTABOLIC BALANCE**

PATIENT

REQUÉRANT

Nom Prénom Sexe

Adresse App.

Ville Code postal

Tél. (rés.) Tél. (travail)

Tél. (cell.)

Assurance maladie (si requis) Date de naissance

ESTAMPE DU MÉDECIN

Signature

Date

RÉSULTATS

Résultats au requérant

Copie conforme :

Professionnel :

Courriel :

Adresse :

SERVICES

F01 - Bilan Metabolic Balance (Projet T0053224)

xx- Jeûne requis 12 heures

(FSC - Formule sanguine complète, Fer sérique, Glycémie, Urée, Créatinine, Acide urique, Calcium, Phosphore, Cholestérol, Triglycérides, Prél. HDL, Facteur Risque, Protéines totales, Albumine, Bilirubine Totale, ALP, LDH, AST, ALT, GGT, CK, Amylase, Na – sodium, K – potassium, Chlorures, TSH seul, CRP quantitatif (ultra-sensible))

NOTES

À inscrire sur le rapport :