



Prescripteur / Autre(s) destinataire(s)

A RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT

IDENTITE PATIENT(E)

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : __/__/____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____ Téléphone : _____.____.____.____

N° de sécurité sociale : _____ Rang gémellaire : __ Numéro de centre : _____

FACTURATION

Patient(e) Tiers Payant*

*Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte mutuelle

Cytologie Anale

Test HPV Anal

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de prélèvement : __/__/____