

# 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 :