



## CPEF du Saulcy

Bâtiment Simone Veil  
Ile du Saulcy  
57000 Metz  
Tél 1 : 03.87.34.73.75  
Tél 2 : 03.87.34.73.76

Date : .....

**Nom Prénom** : .....

**N° anonyme de dossier** : ..... (pour rendu des résultats)

Date de naissance : .....

**Examen dans le cadre d'une prescription de contraceptif(s) oral(ux) pour mineure de 15 à 18 ans – à facturer à la CPAM**

Glycémie, Cholestérol total et Triglycéridémie

**Demande de secret par la patiente ?**

**Oui** (NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX)

**Non**

Tampon et signature

N° FINESS



570013839

**Nom du(es) préleveurs, date et heure de(s) prélèvements :**

✓ **Sanguin** : .....