

	FORMULAIRE			
	TESTE DE DST SOLICITADO PELO PACIENTE			
Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 01/10/2022	Version 2	Page 4 / 4



Data do pedido :

Registo do paciente :
(ou data de nascimento)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apelido de nascimento e nome próprio do paciente :

Apelido por casamento : **Sexo** M F

Endereço do paciente :

.....

.....

.....

N.º de telefone do paciente :

ANÁLISES SOLICITADAS PELO PACIENTE

Teste de DST

Urina, 1.º jato, (pelo menos 2 horas após a última micção, sem limpeza íntima). Para uma mulher, optar pelo autoesfregaço vaginal

Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (75,33 €)

Colheita de sangue (6,28 €):

Serologia HIV (12,56 €) + confirmação, se necessário (25,11 €)

Serologia de hepatite C (12,56 €) + confirmação, se necessário (25,11 €)

Serologia de hepatite B (37,68 €) + testes complementares necessários (42,06 a 90,71 €)



Não assinalar se tiver sido vacinado(a)

Serologia de sífilis (12,56 €) + testes complementares necessários (18,84 a 94,18 €)

Autorizo o laboratório a realizar os testes complementares que possam ser necessários para interpretar os resultados.

Concordo em pagar a fatura relativa às análises realizadas.

Transmissão do protocolo de resultados

ao Dr

.....

.....

(Anotar o nome, apelido e endereço do médico indicado pelo paciente)

Assinatura do
paciente :