

	FORMULAIRE			
	BILAN MST DEMANDE PAR LE PATIENT			
Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 01/10/2022	Version 2	Page 1 / 4



Date de la demande :

Matricule du patient :
(ou date de naissance)

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

Nom de naissance et prénom du patient :**Nom marital :** **Sexe** M F**Adresse du patient :****N° de téléphone du patient :****ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT****Bilan MST**Urines 1er jet (au moins 2h après la dernière miction, sans toilette intime). Pour une femme, privilégier l'auto prélèvement vaginal Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (75,33 €)

Prise de sang (6,28 €) :

 Sérologie HIV (12,56 €) + confirmation si nécessaire (25,11 €) Sérologie hépatite C (12,56 €) + confirmation si nécessaire (25,11 €) Sérologie hépatite B (37,68 €) + tests complémentaires nécessaires (42,06 à 90,71 €)*Ne pas cocher si vous avez été vacciné* Sérologie syphilis (12,56 €) + tests complémentaires nécessaires (18,84 à 94,18 €)

J'autorise le laboratoire à effectuer les tests complémentaires éventuellement nécessaires pour l'interprétation des résultats.

J'accepte de régler la facture pour les analyses réalisées.

Transmission du protocole de résultats

au Dr

.....

(Noter le nom – prénom et adresse du médecin indiqué par le patient)

Signature du patient :