	FORMULAIRE TESTE DE DST SOLICITADO PELO PACIENTE			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Laurence AULOGÉ	Date d'application 07/08/2023	Version 3

F-MO-QUAL_09-D-02



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 autoesfregação vaginal
 Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (78.48 €)

Colheita de sangue (6.54 €):
 Serologia HIV (13.08 €) + confirmação, se necessário (26.16 €)

 Serologia de hepatite C (13.08 €) + confirmação, se necessário (26.16 €)

 Serologia de hepatite B (39.24 €) + testes complementares necessários (40 a 90 €)

 *Não assinalar se tiver sido vacinado(a)*
 Serologia de sífilis (13.08 €) + testes complementares necessários (19.62 a 98.12 €)

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 :