

	FORMULAIRE BILAN MST DEMANDE PAR LE PATIENT			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Laurence AULOGÉ	Date d'application 07/08/2023	Version 3

F_MO_QUAL_09_D_02



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 (78.48 €)

Prise de sang (6.54 €) :
 Sérologie HIV (13.08 €) + confirmation si nécessaire (26.16 €)

 Sérologie hépatite C (13.08 €) + confirmation si nécessaire (26.16 €)

 Sérologie hépatite B (39.24 €) + tests complémentaires nécessaires (40 à 90 €)

Ne pas cocher si vous avez été vacciné
 Sérologie syphilis (13.08 €) + tests complémentaires nécessaires (19.62 à 98.12 €)

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 :