	FORMULAIRE			
	BILAN MST DEMANDE PAR LE PATIENT			
Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 21/12/2023	Version 4	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 (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 médecin référent du Service National des Maladies Infectieuses du CHL en cas de résultat positif pour l'analyse HIV.

Signature du patient :

	FORMULAIRE STI ASSESSMENT REQUESTED BY THE PATIENT			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 21/12/2023	Version 4



Date of request :

Social Security number :
(or date of birth)

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

Patient's first name and birthname :

Marital name: **Sex** M F

Patient's address :

Patient's telephone no. :

ANALYSES REQUESTED BY THE PATIENT

STI assessment

Urine 1st stream (at least 2 hours after last urination, without intimate wash). Women should opt for vaginal self-collection


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

Blood test (€6.54):

HIV serology (€13.08) + confirmation if necessary (€26.16)

Hepatitis C serology (€13.08) + confirmation if necessary (€26.16)

Hepatitis B serology (€39.24) + additional tests required (€40 to €90)

 *Do not tick if you have been vaccinated*


Syphilis serology (€13.08) + additional tests required (€19.62 to €98.12)

I authorise the laboratory to perform any additional tests that may be necessary for the interpretation of the results.

I agree to pay the invoice for the analyses performed.

Transmission of the results protocol to the referring doctor at the CHL's National Infectious Diseases Department in the event of a positive HIV test result.

Patient's signature:

	FORMULAIRE TESTE DE DST SOLICITADO PELO PACIENTE			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 21/12/2023	Version 4



Data do pedido :

Numero de Matricula :
(ou data de nascimento)

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

Sobrenome de nascimento e nome próprio do paciente :

Sobrenome 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 cuidados de higiene). Para uma mulher, optar pelo autoesfregaço 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 médico de referência do Serviço Nacional de Doenças Infecciosas do CHL em caso de resultado positivo do teste VIH.

Assinatura do
paciente :