

	<b>FORMULAIRE</b> <b>ANÁLISES SOLICITADAS PELO PACIENTE</b>			
	Identification <b>F_MO_PREL_34_A</b>	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 28/08/2024	Version 5



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

Se uma análise para HIV, Hepatite C, Sífilis ou um exame de urina for pedido, eu autorizo o laboratório a efetuar os testes complementares, eventualmente necessários, para a interpretação dos resultados.

Na ausência de receita médica válida para a CNS, as despesas do ato da colheita serão faturadas.

Eu aceito pagar a fatura das 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 :
--	-----------------------------