

	FORMULAIRE ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT			
	Identification F_MO_PREL_34_A	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 28/08/2024	Version 5



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

Si une recherche d'HIV, d'HCV, de syphilis ou un examen d'urines sont demandés, j'autorise le laboratoire à effectuer les tests complémentaires éventuellement nécessaires pour l'interprétation des résultats.

En l'absence d'ordonnance valide pour la CNS, les frais liés à l'acte de prélèvement seront facturés en sus.

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

Signature du patient :

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.