

	FORMULAIRE			
	BILAN MST DEMANDE PAR LE PATIENT			
Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 24/01/2025	Version 5	Page 1 / 1



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 (69.93 €)

Prise de sang (5.83 €) :

Sérologie HIV (11.66 €) + confirmation si nécessaire (23.31 €)

Sérologie hépatite C (11.66 €) + confirmation si nécessaire (23.31 €)

Sérologie hépatite B (34.98 €) + tests complémentaires nécessaires (40 à 90 €)



Ne pas cocher si vous avez été vacciné

Sérologie syphilis (11.66 €) + tests complémentaires nécessaires (17 à 88 €)

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 :