

	FORMULAIRE TESTE DE DST SOLICITADO PELO PACIENTE			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 24/01/2025	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

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 (69.93 €)

Colheita de sangue (5.83 €):
☐ Serologia HIV (11.66 €) + confirmação, se necessário (23.31 €)

☐ Serologia de hepatite C (11.66 €) + confirmação, se necessário (23.31 €)

☐ Serologia de hepatite B (34.98 €) + testes complementares necessários (40 a 90 €)

Não assinalar se tiver sido vacinado(a)
☐ Serologia de sífilis (11.66 €) + testes complementares necessários (17 a 88 €)

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 :