

	FORMULAIRE			
	ANÁLISES SOLICITADAS PELO PACIENTE			
Identification F_MO_PREL_34_A	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 30/03/2026	Version 6	Page 1 / 1



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.

HIV : 11.66 € +/- 23.31 €

HC : 11.66 € +/- 23.31 €

Sífilis : 11.66 € +/- 87.43 €

Sedimento Urinario : 4.66 € +/- 34.97 €

Cultura Urinaria : 19.23 € +/- 20.40 €

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.

<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">Assinatura do paciente :</p>
---	---