

	<b>FORMULAIRE</b>			
	<b>ANALYSES DEMANDEES PAR LE PATIENT</b>			
Identification <b>F_MO_PREL_34_A</b>	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 30/03/2026	Version 6	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

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.

HIV : 11.66 € +/- 23.31 €

HCV : 11.66 € +/- 23.31 €

Syphilis : 11.66 € +/- 87.43 €

Sédiment urinaire : 4.66 € +/- 34.97 €

Culture urinaire : 19.23 € +/- 20.40 €

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.