

La réalisation d'un bilan biologique sans ordonnance à votre demande ne se substitue en aucun cas à la consultation chez votre médecin et un examen attentif. Un biologiste médical reste à votre écoute pour toute question.

Identité patient(e)

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

ETIQUETTE
PATIENT

Renseignements concernant la demande :

Date de prélèvement du bilan : ____ / ____ / ____

Médecin traitant : Résultats à transmettre non oui (*si oui, en prescripteur 2*)

Bilan biologique infections sexuellement transmissibles (IST)	
<input type="checkbox"/>	Dossier 1 : - Sérologie HIV 0,00€
<input type="checkbox"/>	Dossier 2 : - Sérologie syphilis - Recherche de <i>Chlamydiae trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (femmes : auto-prélèvement vaginal ; homme : 1er jet d'urines) 31,75€
Selon les situations, des examens complémentaires peuvent être requis avec un cout supplémentaire : (à rajouter dans le dossier 2)	
<input type="checkbox"/>	Sérologie hépatite B (sauf si antiHBS>10 ; hépatite B chronique connue) 35,00€
<input type="checkbox"/>	Si usage de drogue ou substance dopante : sérologie hépatite C 10,75€
<input type="checkbox"/>	Rapports anaux non protégés : recherche de <i>Chlamydiae trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<input type="checkbox"/>	Rapports oraux non protégés : recherche de <i>Chlamydiae trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Selon le contexte	
Contexte et motif :	
Tarif du bilan (<i>selon tarifs assurance maladie</i>)*	
Partie réservée au laboratoire :	
Dossier 1 : [Prescripteur : VIH] [Préleveur : TEC] [Facturation : FSE]	
Dossier 2 : [Prescripteur : PSP] [Préleveur : TEC] [Code SIL : NVBIST] [facturation : hors FSE + couper l'acte de prélèvement]	

Signature biologiste :

Signature patient(e) :