

C'EST MIEUX D'EN PARLER FAIS-TOI DÉPISTER"

*Infections sexuellement transmissibles

Voulez-vous réaliser un dépistage IST gratuit?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous des symptômes?

☐ Oui

☐ Non

NOM* : _____ Prénom* : _____

Date de Naissance* : ____/____/____

N° Sécurité sociale* : ____ _

Mail* : _____@_____

Adresse* : _____

Tél* : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Médecin traitant : _____

N° AM : AM 291991107

Signature :

*mention obligatoire

Encadré réservé au laboratoire

Prélèvement :

- | | |
|--|--------------------------|
| Dépistage VIH | ☐ |
| Dépistage Hépatite B (si vous n'êtes pas vacciné(e)) | ☐ |
| Dépistage Syphilis | ☐ |
| Dépistage Chlamydiae Gonocoque | ☐ |
| Urinaire | ☐ |
| Vaginal | ☐ |
| Pharyngé | ☐ |
| Ano-Rectal | ☐ |

Coller ici l'étiquette ORDO du
nouveau dossier

Note au préleveur : Pensez à bien reporter les codes liquides IA/IB/IC en face des localisations respectives.