

Date : ${date}

NOM et Prénom : ……………………………………………………………………………

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Faire pratiquer dans un laboratoire d’analyses médicales les analyses suivantes :

${item\_list}

* ${item} - ${price} € *${jeun}*

${/item\_list}

${total\_jeun}  
Prix Total : ${total\_price} €

* *J’accepte les prélèvements proposés dans le cadre du dépistage des IST*
* *J’accepte que mon résultat soit transmis à mon médecin de référence*
* *En cas de test VIH confirmé positif, j’accepte que les résultats me soient remis par un biologiste médical au cours d’un entretien médical*

Signature du patient :