

Je soussignée,

☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

CAFAT / Aide médicale :

☐ Autorise le laboratoire CALEDOBIO, en cas de PCR HPV positive, à transmettre mon frottis cervico-vaginal au laboratoire d'anatomopathologie.

☐ Refuse la transmission de mon frottis cervico-vaginal au laboratoire d'anatomopathologie en cas de PCR HPV positive.

☐ J'accepte que mes résultats soient communiqués au Docteur

Je reconnais avoir été informé :

- Du montant à régler au laboratoire Calédobio (2860 FCP)

Fait à le

Signature de la patiente