

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

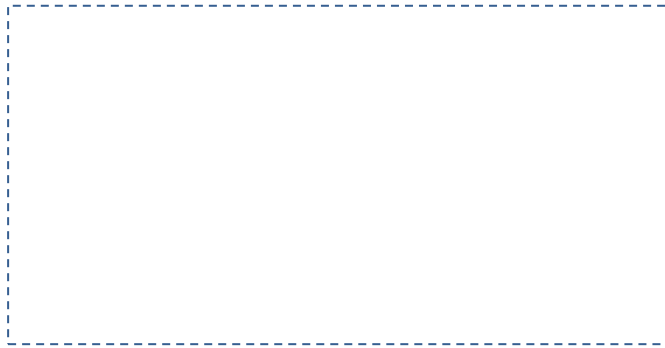
FIBROTEST - ACTITEST

Je soussigné(e), Mr / Mme
déclare avoir reçu les informations relatives au Fibrotest - Actitest.

J'ai été averti(e) que le Fibrotest - Actitest n'est pas remboursé par l'INAMI et je m'engage à payer la somme de 65,23€ pour la réalisation de ce test.

PATIENT :

NOM et PRENOM du patient
(apposer une étiquette)



Date et signature :

MEDECIN :

NOM du médecin :

Coordonnées du médecin :

.....
.....

Date, cachet et signature :

FIBROTEST - ACTITEST

Réf : FIAC

ORIGINE :

MEDECIN DEMANDEUR :

INAMI :

Identification du patient :
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE :

Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :

Signature :

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	α 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
FBT	<input type="checkbox"/>	Index Fibrotest
ACT	<input type="checkbox"/>	Index Actitest

Les prélèvements à réaliser sont :

1 tube sec 3.5 ml avec gel (bouchon rouge)
1 tube hépariné 5 ml avec gel (bouchon vert)

Syndrome de Gilbert