

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

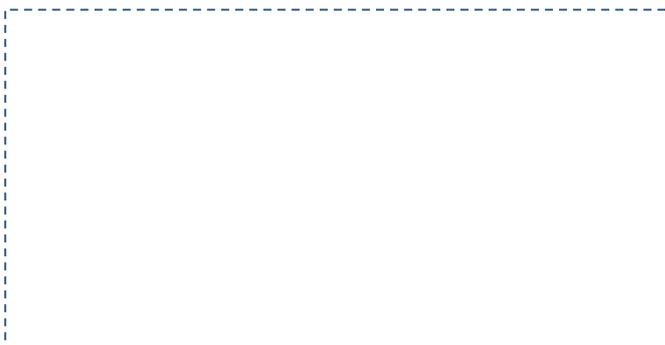
**NASHTEST**

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

J'ai été averti(e) que le Nashtest 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 :

**NASHTEST**

Réf : NHT

**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"/>	$\alpha$ 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO
G	<input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun
TG	<input type="checkbox"/>	Triglycérides
CHT	<input type="checkbox"/>	Cholesterol Total
NASH	<input type="checkbox"/>	Index

**POIDS :** ..... kg

**TAILLE :** ..... m

Les prélèvements à réaliser sont :

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