

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Je soussigné, _____, né le _____, déclare avoir reçu les informations relatives à l'analyse Caractérisation des Ac dans Myosites auto-immunes.

J'ai été averti que cette analyse n'est pas remboursée par l'INAMI et je m'engage à payer la somme de 39,14€ pour sa réalisation.

L'analyse 'Caractérisation des Ac des Myosites auto-immunes' permet de détecter la majorité des cas mais parfois, le laboratoire sera amené à réaliser des analyses supplémentaires pour un montant maximum de 81,56€.

PATIENT

Nom - Prénom

Date et signature :

MÉDECIN

Nom - Prénom

Inami

Date et signature :

Note au médecin prescripteur : merci de faire parvenir au laboratoire ce formulaire dûment rempli et signé.

Date, cachet et signature :

NB: Concernant 'Caractérisation des Ac des Myosites auto-immunes'¹, en cas de discordance par rapport à la clinique, sachez qu'il peut exister des faux positifs et de faux négatifs avec le dot utilisé en première intention au laboratoire et que certains antigènes (KS, Z0, HA) très rares, peuvent être demandés au laboratoire d'auto-immunité (7529).