Centre Hospitalier Universitaire de Liège
BIOLOGIE CLINIQUE - DISPATCHING
04 / 323.76.65 ou 76.62

AUTO-IMMUNITE - NEUROLOGIE

PATIENT
NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Sexe : M / F Date de naissance : ...../...../.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR
(Cachet, date et signature)

COPIE A :

Prélèvement :
Nom
Date et heure

ETIQUETTE ID. LABO

VIGNETTE MUTUELLE

SUR SANG (sérum : 1 tube sec avec gel 5 ml à bouchon orangé)

ANEU □ Anticorps anti-neurones

IMB □ Caractérisation des anticorps anti-neurones *Uniquement si screening positif*
(anti-amphiphysin, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, recoverine, SOX1, titine, Zic4, Tr et GAD65)

MYE □ Anticorps anti-myéline

MAG □ Anticorps anti-MAG (**41.56€ à charge du patient**)

AGAN □ Anticorps anti-gangliosides (**55.42€ à charge du patient**)
GM1, GM2, GM3, GM4, GD1a, GD1b, GD2, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b, sulfatides IgG et IgM

NMO □ Anticorps anti-NMO (aquaporine 4) (**27.71€ à charge patient**)

ENCE □ Panel « encéphalites auto-immunes » (**112.57€ à charge du patient**)
Anti-récepteurs glmutamates (NMDA, AMPA1 et AMPA2)
Anti-récepteurs GABA
Anti-canaux potassiques (VGKC) LGI1 et CASPR2
Anti-DPPX

MOG □ Anticorps anti-MOG **(34,64€ à charge du patient)**

SUR LCR

ENCEL □ Panel « encéphalites auto-immunes » (**112.57€ à charge patient**)

ANEULCR □ Anticorps anti-neurones (**10,39€ à charge patient)**

IMBL □ Caractérisation des anticorps anti-neurones (**51,95€ à charge patient**)

CONSENTEMENT OBLIGATOIRE DU PATIENT
Je déclare avoir été informé de la réalisation d'analyses non remboursées par l'INAMI qui seront portées à ma charge.
Date :
«Pour accord» + signature du patient :