

Formulaire de demande d'un ImmunoCAP ISAC

DATE de la demande :	FAITE à :
<u>PATIENT</u> (VIGNETTE SVP) Nom : Prénom : Date de naissance (jour/mois/année) :/...../..... Adresse :	<u>PRESCRIPTEUR</u> Nom : N° INAMI : Adresse : SIGNATURE :
<u>MOTIF DE LA DEMANDE - DONNEES CLINIQUES</u> (souhaités) Motif : Symptomatologie : Tests cutanés : IgE spécifiques (RAST) : Autres informations :	

Prélever un TUBE SEC avec gel (bouchon orange)

Service de Chimie Clinique
Domaine du Sart Tilman – Site du Sart-Tilman
Tour 6, +2 – ROUTE 656

Je soussigné(e),

Certifie accepter de subir une recherche de sensibilisation allergique pour les allergènes recombinants par la méthode ImmunoCAP ISAC. J'accepte que le Laboratoire de Chimie Clinique du CHU de Liège me facture le prix de **200 €**, correspondant au coût (non remboursé) de cette analyse.

Nom..... Prénom.....

Date :/...../.....

Signature :