

<b>DATE de la demande :</b> .....	<b>FAITE à :</b> .....
<b><u>PATIENT</u> (VIGNETTE SVP)</b>  Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance (jour/mois/année) : ...../...../..... Adresse : ..... .....	<b><u>PRESCRIPTEUR</u></b>  Nom : ..... N° INAMI : ..... Adresse : ..... ..... <b>SIGNATURE :</b>

**MOTIF DE LA DEMANDE - DONNEES CLINIQUES (souhaités)**

Motif : .....

Symptomatologie : .....

Tests cutanés : .....

IgE spécifiques (RAST) : .....

Autres informations : .....



Prélever un TUBE SEC avec gel (bouchon rouge),  
l'envoyer à :  
Ph.Biol. Romy GADISSEUR,  
Service de Chimie Médicale  
Laboratoires du CHU Sart-Tilman  
Tour 2, +5



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 Médicale du CHU de Liège me facture le prix de 175 €, correspondant au coût (non remboursé) de cette analyse.

Nom..... Prénom.....

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

Signature :