

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

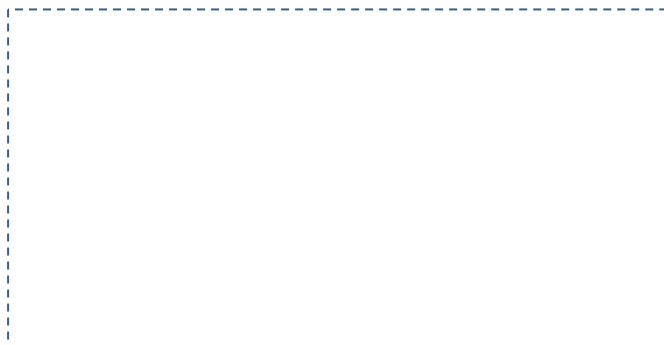
**FIBROMAX**

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

J'ai été averti(e) que le Fibromax n'est pas remboursé par l'INAMI et je m'engage à payer la somme de 97.84€ 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 :

**FIBROMAX**

Réf : FBMA

**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	FBT	Index Fibrotest
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT	ET	
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine	STEAT	Index Steatotest
MAC	<input type="checkbox"/>	$\alpha$ 2-macroglobuline	ET	
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1	ACT	<input type="checkbox"/> Index Actitest
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP	OU	(Hépatites B/C)
TGO	<input type="checkbox"/>	TGO	ASH	<input type="checkbox"/> Index Ashtest
G	<input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun	OU	(Stéato. infla. alcool.)
TG	<input type="checkbox"/>	Triglycérides	NASH	<input type="checkbox"/> Index Nashtest
CHT	<input type="checkbox"/>	Cholesterol Total		(Stéato. métabolique)

POIDS : ..... kg  
TAILLE : ..... m

**Données cliniques :**

- Inconnu
- Hépatites B/C
- Maladies métaboliques
- Consommation excessive d'alcool

Les prélèvements à réaliser sont :

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