



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Je soussigné,
né le
déclare avoir reçu les informations relatives à l'analyse AC anti-synthétases.

J'ai été averti que cette analyse n'est pas remboursée par l'INAMI et je m'engage à payer la somme de 29,35 € pour sa réalisation.

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 :