

## 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)
- PKS       Anticorps anti-cellules de Purkinje
- MYE       Anticorps anti-myéline
- MAG       Anticorps anti-MAG **(39.14€ à charge du patient)**
- AGAN       Anticorps anti-gangliosides **(52.18€ à charge du patient)**  
 GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b, sulfatides IgG et IgM
- NMO       Anticorps anti-NMO (aquaporine 4) **(18.57 € à charge patient)**
- ENCE       Panel « encéphalites auto-immunes » **(105.99€ à charge du patient)**  
 Anti-récepteurs glutamates (NMDA, AMPA1 et AMPA2)  
 Anti-récepteurs GABA  
 Anti-canaux potassiques (VGKC) LGI1 et CASPR2

**SUR LCR**

- Panel « encéphalites auto-immunes » **(105.99€ à charge patient)**
- Anticorps anti-neurones **(10€ à charge patient)**
  - Caractérisation des anticorps anti-neurones **(50€ à charge patient)**
- Anticorps anti-cellules de Purkinje **(10€ 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 :