

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

ENCEPHALITES AUTO-IMMUNES : panel de 7 anticorps (ENCE / ENCEL)

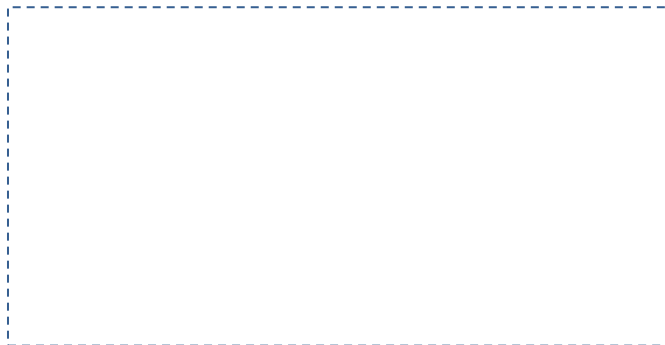
Je soussigné(e), Mr / Mme

déclare avoir reçu les informations relatives au test de recherche d'anticorps dans le cadre d'encéphalites auto-immune.

J'ai été averti(e) que le panel d'analyses « ENCE / ENCEL » n'est pas remboursée par l'INAMI et je m'engage à payer la somme de 105.99€ pour la réalisation de ce panel de tests.

PATIENT :

NOM et PRENOM du patient
(Apposer une étiquette)



Date et signature :

MEDECIN :

NOM du médecin :

Coordonnées du médecin :

.....
.....

Date, cachet et signature :