

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) **(26.09€ 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
- MOG Anticorps anti-MOG **(32,61€ à charge du patient)**

SUR LCR

- ENCEL Panel « encéphalites auto-immunes » **(105.99€ à charge patient)**
- ANEULCR Anticorps anti-neurones **(9,78€ à charge patient)**
- IMBL Caractérisation des anticorps anti-neurones **(48,92€ 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 :