

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 (**41.56€ à charge du patient**)
- AGAN Anticorps anti-gangliosides (**55.42€ à charge du patient**)
GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b, sulfatides IgG et IgM
- NMO Anticorps anti-NMO (aquaporine 4) (**27.71€ à charge patient**)
- ENCE Panel « encéphalites auto-immunes » (**112.57€ 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 (**34,64€ à charge du patient**)

SUR LCR

- ENCEL Panel « encéphalites auto-immunes » (**112.57€ à charge patient**)
- ANEULCR Anticorps anti-neurones (**10,39€ à charge patient**)
- IMBL Caractérisation des anticorps anti-neurones (**51,95€ 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 :