



**Identification du patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Vignette de mutuelle

**Identification du prescripteur**

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Signature :

**Demande d'immunotypage des protéines sériques et dosage des chaînes légères libres sériques**

- Mise au point diagnostique et suivi des patients atteints d'amyloïdose primaire, de myélome à chaînes légères, de myélome non sécrétant et de patients dialysés atteints de myélome (Remboursé par l'INAMI maximum 12x/an)
- Demande de dosage des chaînes légères libres sériques hors critère de remboursement INAMI (Dosage à charge du patient : 27€)
- Demande d'immunosoustraction/immunofixation si électrophorèse des protéines sériques positive (non cumulable avec le dosage des CLL – règle de cumul 49 INAMI) (Prix à charge du patient : 30€)

**Consentement du patient**

Nom + Prénom : .....

Je certifie accepter de réaliser le dosage des chaînes légères libres sériques hors des critères de remboursement. J'accepte que le laboratoire me facture cette analyse au prix de 27€.

Je certifie accepter de réaliser l'immunosoustraction/immunofixation des protéines sériques en cas d'électrophorèse positive et j'accepte que le laboratoire me facture cette analyse au prix de 30€

Date :

Signature :