



Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Fibromètres

- Documents à joindre impérativement au(x) prélèvement(s) -

PRESCRIPTEUR

Nom :

Adresse :

CP : [][][][][][] Ville :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : [][][][][][][][][][][][][][][][]

Sexe : F M

	Informations délivrées	Marqueurs sanguins	Cocher la case du test à réaliser
FIBROMETRE V (virus)	Score de fibrose hépatique Metavir Score de cirrhose (CirroMètre) Score d'activité hépatique Metavir (InflaMètre)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaquettes.....G/L⁽³⁾ <i>(indispensable au calcul)</i> ■ Taux de prothrombine ■ ASAT ■ ALAT ■ Urée ■ Bilirubine ■ GGT ■ Alpha 2 macroglobuline ■ Acide hyaluronique 	<input type="checkbox"/> Remboursé NABM 1001 ⁽²⁾ : Code Biomnis : FIBVI <input type="checkbox"/> Non remboursé ⁽¹⁾ Code Biomnis : FIBV3
FIBROMETRE S (stéatose)	Score de fibrose hépatique Metavir Pourcentage de fibrose hépatique (QuantiMètre S)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poids du patient :kg <i>(indispensable au calcul)</i> ■ Plaquettes.....G/L⁽³⁾ <i>(indispensable au calcul)</i> ■ ASAT ■ ALAT ■ Ferritine ■ Glycémie ■ Acide hyaluronique ■ Taux de prothrombine 	<input type="checkbox"/> Non remboursé ⁽¹⁾ Code Biomnis : FIBS2
FIBROMETRE A (OH)	Score de fibrose hépatique Metavir Pourcentage de fibrose hépatique (QuantiMètre A)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alpha 2 macroglobuline ■ Acide hyaluronique ■ Taux de prothrombine ■ Plaquettes.....G/L⁽³⁾ <i>(indispensable au calcul)</i> 	<input type="checkbox"/> Non remboursé ⁽¹⁾ Code Biomnis : FIBA2

(1) A la charge du patient : sur prescription et après accord du patient

(2) Voir détail des conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie : texte 17 du JO du 19 mai 2011. Evaluation chez l'adulte d'une hépatite C chronique non traitée et sans facteur de comorbidité (VHB, VIH). Le laboratoire Eurofins Biomnis se réserve le droit de modifier le type de facturation afin de respecter la législation en vigueur.

(3) Nous fournir impérativement le résultat de la numération des plaquettes réalisée par le laboratoire.

Date : [][][][][][][][][][][][][][][][]
Signature du patient :

Cachet du médecin