Formulaire

**BIOC-BM-Prescription de Fibrotest - Fibromax**

***ENTÊTE RÉSERVÉE : MERCI DE NE RIEN INSCRIRE***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Structure :** Biochimie Biologie Moléculaire NutritionPr. Bernard NAMOUR : 03.83.15.34.56 - b.namour@chu-nancy.frPr Abderrahim OUSSALAH : 03.83.15.36.29 - a.oussalah@chu-nancy.fr |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Étiquette patient** | **Tampon U.F.**  | **Date de prélèvement :** .......... / .......... / **20**……………**Heure de prélèvement :** …………………………………**Préleveur :** …………………………………………………. |
| **|\_\_| Réaliser un FibroTest\* seul** dans le cadre de "l'évaluation d’une hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité, chez l’adulte (hors diagnostic évident de cirrhose)”, pris en charge par l'assurance maladie (*19,5 euros remboursables*) dans l’indication validée par la Haute Autorité de la Santé. Réaliser les dosages suivants : |
| * Alpha2 macroglobuline
 | * Apolipoprotéine A1
 | * GGT
 |
| * Haptoglobine
 | * Bilirubine totale
 | * ALAT (TGP)
 |
| **|\_\_| Réaliser un FibroTest\*** pris en charge par l'assurance maladie et **un** **ActiTest** hors nomenclature (*19,5 euros remboursables & 12 euros non remboursables*). Réaliser les dosages suivants : |
| * Alpha2 macroglobuline
 | * Apolipoprotéine A1
 | * GGT
 |
| * Haptoglobine
 | * Bilirubine totale
 | * ALAT (TGP)
 |
| **|\_\_| Réaliser un FibroTest - ActiTest** dans le cadre des contextes cliniques suivants : hépatite B, maladies métaboliques, maladies alcooliques, hépatite C "hors stratégie diagnostique recommandée par la Haute Autorité de Santé" (*hors nomenclature, 50 euros non remboursables*). Réaliser les dosages suivants : |
| * Alpha2 macroglobuline
 | * Apolipoprotéine A1
 | * GGT
 |
| * Haptoglobine
 | * Bilirubine totale
 | * ALAT (TGP)
 |
| **|\_\_| Réaliser un Fibromax = FibroTest, ActiTest,** **SteatoTest, NashTest et AshTest** (*hors nomenclature, 50 euros non remboursables*)**.** Réaliser les dosages suivants : |
| * Alpha2 macroglobuline
 | * Bilirubine totale
 | * Glucose
 |
| * Haptoglobine
 | * GGT
 | * Cholestérol
 |
| * Apolipoprotéine A1
 | * ALAT (TGP) & ASAT (TGO)
 | * Triglycérides
 |
| **Notez s’il vous plaît :** * Poids (kg) : ....................................................
 | * Taille (m) : .....................................................
 |
| Médecin prescripteur | Signature |

*(\*) FibroTest remboursable (B140, Code NABM 1000)* ***uniquement*** *dans l’indication validée par la Haute Autorité de santé : “Évaluation d’une hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité, chez l’adulte (hors diagnostic évident de cirrhose)”. Acte à réaliser dans le cadre d’une prise en charge spécialisée de la fibrose/cirrhose liée à l’hépatite chronique virale C et dans le cadre de la stratégie diagnostique suivante, dans la limite d’une fois par an :*

* *en première intention : un test non invasif (un des trois scores ou l’élastographie impulsionnelle ultrasonore) ;*
* *en seconde intention (en cas de non-concordance entre le résultat du test réalisé en première intention et la clinique, ou d’échec technique/de non-interprétabilité de ce test) : un second test non invasif (autre que celui réalisé en première intention) en alternative avec une ponction biopsie hépatique.*