FibroMeter

ORDONNANCE FIBROMETER

Evaluation non-invasive de la fibrose hépatique

MÉDECIN	PATIENT
	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ␣␣/␣␣/␣␣␣␣ Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

TEST À RÉALISER	PARAMÈTRES
☐ FIBROMETER *Sélectionner la prise en charge (cocher une seule case)* ☐ *Remboursé (1)* ☐ *Hors nomenclature, 40 € non remboursables*	Plaquettes Taux de prothrombine ASAT ALAT Bilirubine Urée GGT Alpha-2-macroglobuline Acide hyaluronique
FIBROMETER VCTE (avec FIBROSCAN) *40 € **	Inclure le rapport FibroScan si disponible Plaquettes Taux de prothrombine ASAT ALAT GGT Alpha-2-macroglobuline **E = ␣␣.␣ kPa** Date d'examen ␣␣/␣␣/2 0␣␣

(1) Dans le cadre d'un diagnostic de l'hépatite C pris en charge par l'assurance maladie - NABM1001

À l'attention des laboratoires :

Test non substituable par un autre test de diagnostic de la fibrose hépatique.
Si vous souhaitez externaliser l'examen, vous pouvez contacter votre coursier habituel.
Pour connaître les précautions d'utilisation ou pour toute information complémentaire sur les recommandations techniques, consulter la notice d'utilisation disponible sur **www.fibrometer.com**

Cachet

Le :

A :

Signature :

echosens 6, rue Ferrus 75014 Paris, France - support-it@echosens.com