

Dr XXX

RPPS

Date :

Nom:

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

Faire réaliser par un laboratoire d'analyses médicales une prise de sang pour :

- Numération Formule Sanguine et Plaquettaire
- Immunophénotypage lymphocytaire (CD3, CD4, CD8, CD19, CD20)*
- Dosage pondéral des immunoglobulines
- ASAT/ALAT- GammaGT
- Créatininémie avec DFG
- CRP
- B HCG pour les femmes en âge de procréer
- Sérologies VIH, VHB, VHC, VZV
- Quantiferon*

** examens non pris en charge par l'assurance maladie si réalisés en laboratoire de ville*

Merci de transmettre les résultats par Fax au ... à l'attention du Dr ...

- Le code d'identification du médecin doit toujours être complété.
A défaut, la Caisse de votre patient ne peut procéder au remboursement.

L 3321