

**FIBROTEST - ACTITEST**

Réf : FIAC

**ORIGINE :**

**MEDECIN DEMANDEUR :**

**INAMI :**

Identification du patient :  
(à compléter ou apposer une étiquette)

NOM :  
PRENOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
SEXE :

Date de prélèvement :  
Heure de prélèvement :

Signature :

---

BIT	<input type="checkbox"/>	Bilirubine totale
GGT	<input type="checkbox"/>	YGT
HAP	<input type="checkbox"/>	Haptoglobine
MAC	<input type="checkbox"/>	$\alpha$ 2-macroglobuline
APA	<input type="checkbox"/>	Apolipoprotéine A1
TGP	<input type="checkbox"/>	TGP
FBT	<input type="checkbox"/>	Index Fibrotest
ACT	<input type="checkbox"/>	Index Actitest

Les prélèvements à réaliser sont :

**1 tube SEC 10 mL avec gel (bouchon orange)**

Syndrome de Gilbert