



Recherche de la protéine P14.3.3 dans le LCR – Renseignements cliniques

DATE de la demande : / /

Médecin prescripteur : Nom : Prénom :

Nom du Chef de Service :

Hôpital : Service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel Fax

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance: / /

Date des premiers signes : / /

Nature des premiers signes :

- 1 - Syndrome démentiel ou troubles cognitifs récents Non Oui
- 2 - Myoclonies Non Oui
- 3 - Syndrome cérébelleux et/ou ataxie Non Oui
- 4 - Troubles visuels Non Oui
- 5 - Syndrome pyramidal Non Oui
- 6 - Syndrome extra-pyramidal Non Oui
- 7 - Mutisme akinétique Non Oui
- 8 - Troubles d'allure psychiatrique évoluant depuis au moins 3 mois Non Oui
- 9 - Douleurs diffuses Non Oui
- 10 - EEG : Normal Ralenti Pseudo-périodique Périodique Non fait
- 11 - IRM : Normal pulvinar T2 Basal ganglia T2 Autres Non fait

Diagnostics évoqués :

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT

DATE du prélèvement : / / Envoi : Immédiat Différé

→ Si envoi différé, conservation avant l'envoi à +4°C -20°C -80°C

Prélèvement centrifugé : NON OUI Protéïnorachie : , g/l Cellules :

Numéro d'identification du cas :
(attribué par l'InVS)