

**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

Email : .....

**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  Hypersignaux pulvinar  Hypersignaux corticaux  Autres  Non fait

Diagnostiques 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)