

Biomarqueurs LCR de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés

Renseignements cliniques

DATE de la demande: |_|_| | |_|_| | |2|10|_|_|
J M A

Consultation Mémoire de :

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: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
J M A

Date et nature des premiers signes : |_|_| |_|_|_|_|
M A

Trouble mnésique.....	Non	Oui
Trouble phasique	Non	Oui
Trouble praxique	Non	Oui
Syndrome dysexécutif	Non	Oui
Agnosie.....	Non	Oui
Fluctuations cognitives.....	Non	Oui
Troubles du comportement.....	Non	Oui
Dépression.....	Non	Oui
Trouble d'allure psychiatrique.....	Non	Oui
Hallucinations visuelles / auditives.....	Non	Oui
Troubles du sommeil.....	Non	Oui
Chutes.....	Non	Oui
Syndrome extrapyramidal.....	Non	Oui
Antécédents familiaux	Non	Oui

Evaluation cognitive : Date.....

MMSBREF.....

Test des 5 mots

IRM : Date

Atrophie hippocampique A. corticale

Séquelles vasculaires Microbleeds

Dilatation ventriculaire

Autre

TEP – FDG :

Traitements :

.....

.....

Diagnostic(s) évoqué(s) :

Stade diagnostique : Plainte isolée Trouble léger (MCI) Démence (DSM-V)

Contexte(s) prescription : Diagnostic différentiel MA/DCL MA / DFT MA / HPN

Confirmation de MA Révision du diagnostic de MA

Patient jeune Patient non testable Présentation atypique

Autre