

A ENVOYER AVEC VOS PRELEVEMENTS

RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MALADIES DE CREUTZFELDT-JAKOB ET MALADIES APPARENTEES

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN DEMANDE DE TEST 14.3.3 AU LABORATOIRE :

DATE de la demande : |_|_| | |_|_| | | 2 | 0 | | | |
J M A

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

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

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1 - Syndrome démentiel ou troubles cognitifs récents | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Myoclonies | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Syndrome cérébelleux et/ou ataxie | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Troubles visuels | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Syndrome pyramidal | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 6 - Syndrome extra-pyramidal | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 7 - Mutisme akinétique | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 8 - Troubles d'allure psychiatrique évoluant depuis au moins 3 mois | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| 9 - Douleurs diffuses | Non | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |

EEG : Normal Ralenti Pseudo-périodique Périodique Non fait

IRM : hypersignaux Non Oui non fait

Si oui, localisation(s) A) Noyau caudé Putamen B) Cortex C) Thalamus

Diagnostic(s) évoqué(s) :

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR

DATE du prélèvement : |_|_| |_|_| | 2 | 0 | | | | Envoi : Immédiat Différé
Jour Mois Année

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

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

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE EFFECTUANT LA RECHERCHE

Nom du laboratoire : Numéro d'identification : |_|_|_|_|_|_|
(Attribué par l'Unité 975 de l'INSERM)

Résultat du test 14.3.3	Positif	<input type="checkbox"/>	Négatif	<input type="checkbox"/>	Douteux	<input type="checkbox"/>
-------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------