

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

**DEMANDE DE TEST 14.3.3 au Laboratoire de Neurobiologie - Centre de Biologie et Pathologie Est
GROUPEMENT HOSPITALIER EST**

DATE de la demande : / /

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

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

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 SERVICE DE NEUROBIOLOGIE EFFECTUANT LA RECHERCHE

Résultat du test 14.3.3 Positif Négatif Douteux

Numéro d'identification du cas :

(attribué par l'Unité 708 de l'INSERM si test positif ou patient de moins de 55 ans)