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**	**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**

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|__| **Protéinorachie :** |__| ,|__|__| **g/l** **Cellules :** |__|__|__|

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE EFFECTUANT LA RECHERCHE

Nom du laboratoire : …… **Numéro d'identification :** |__|__|__|__|

Résultat du test 14.3.3	**Positif** |__| **Négatif** |__| **Douteux** |__|