

## A ENVOYER AVEC VOS PRELEVEMENTS

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

**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 : |\_|\_|\_|\_|

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