



Biomnis

Fiche de renseignements : Protéine 14.3.3
Maladie de Creutzfeldt-Jakob

DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.eurofinseu.com

PATIENT

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Sexe : M F

Référence du patient :

Type de prélèvement : LCR congelé

Date de prélèvement(s) :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : Surname:
Adresse :
Pays :
Tél. : Fax :
Email :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensable pour une interprétation complète des résultats)

Date des premiers signes :

Nature des premiers signes :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ● Myoclonies | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Syndrome démentiel ou troubles cognitifs récents | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Syndrome cérébelleux et/ou ataxie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Troubles visuels | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Syndrome pyramidal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Syndrome extra-pyramidal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Mutisme akinétique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Troubles d'allure psychiatrique évoluant depuis au moins 3 mois | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ● Douleurs diffuses | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Diagnosics évoqués :

● EEG : Normal Ralenti Pseudo-périodique Périodique Non fait

Veuillez préciser ci-dessous les symptômes observés et la raison de la prescription du test :

(Joindre le résultat d'isofocalisation ou d'électrophorèse des protéines du LCR et le compte rendu de l'IRM) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....