



Biomnis

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Maladie d'Alzheimer**  
**Dosage des protéines P-TAU dans le LCR**

**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](mailto:international@biomnis.eurofinseu.com)

Date de la demande :

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom du médecin : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Pays : .....

Tél. :

Fax :

**LABORATOIRE PRÉLEVEUR**

N° de correspondant : .....

Nom du laboratoire : .....

Tél. :

Date de prélèvement(s) :

Envoi : ☐ Immédiat ☐ Différé

Si envoi différé, conservation avant l'envoi à : -20 °C

**PATIENT**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Sexe : ☐ M ☐ F

Protéïnorachie :  g/L

GB  /mL GR  /mL

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Date des premiers signes :

Nature des premiers signes : .....

● Déficit mnésique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Aphasie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Apraxie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Agnosie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Syndrome dysexécutif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Dépression	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Syndrome extrapyramidal	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Chutes, syncopes, pertes de connaissance	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Troubles psychiatriques du comportement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● Hallucinations visuelles	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
● IRM :	Normal : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Atrophie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
● Génotype ApoE :	Non fait : <input type="checkbox"/>	

Diagnostics évoqués : .....

MMS : .....

BREF : .....

Autres : .....