



Biomnis

Fiche de renseignements : Protéine 14.3.3 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

Réseau national de surveillance des maladies de Creutzfeldt-Jakob et maladies apparentées

PATIENT

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe: M F

Date de la demande :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

Fax :

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° de correspondant :

Nom du laboratoire :

Tél. :

Date de prélèvement(s) :

Type de prélèvement : LCR congelé

Envoi : Immédiat Différé

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

Prélèvement centrifugé : OUI NON

Protéïnorachie : g/L

Cellules

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

● IRM : Normal Pulvinar T2 Basal ganglia T2 Autres Non fait