DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

eurofins | Biomnis

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

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

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) : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Envoi : ☐ Immédiat ☐ Différé

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

Protéinorachie : _____ g/L

GB _____ /mL GR _____ /mL

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des premiers signes : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Nature des premiers signes : .....

• **Déficit mnésique**	☐ OUI	☐ NON
• **Aphasie**	☐ OUI	☐ NON
• **Apraxie**	☐ OUI	☐ NON
• **Agnosie**	☐ OUI	☐ NON
• **Syndrome dysexécutif**	☐ OUI	☐ NON
• **Syndrome confusionnel**	☐ OUI	☐ NON
• **Dépression**	☐ OUI	☐ NON
• **Syndrome extrapyramidal**	☐ OUI	☐ NON
• **Chutes, syncopes, pertes de connaissance**	☐ OUI	☐ NON
• **Antécédents familiaux**	☐ OUI	☐ NON
• **Troubles psychiatriques du comportement**	☐ OUI	☐ NON
• **Hallucinations visuelles**	☐ OUI	☐ NON

• **IRM :** **Normal :** ☐ OUI ☐ NON **Atrophie :** ☐ OUI ☐ NON Autres ☐ **Non fait :** ☐

• **Génotype ApoE :** ..... **Non fait :** ☐

Diagnostics évoqués : .....

MMS : .....

BREF : .....

Autres : .....