



Biomnis

## Fiche de renseignements cliniques Anticorps anti-neuronaux

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. : .....  
Mail : .....

### PATIENT

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

### PRODROMES

☐ OUI



☐ Céphalées

☐ Etat fébrile

☐ Troubles digestifs

☐ Autre (Précisez) : .....

☐ NON

☐ Inconnu

### PRESENTATION CLINIQUE

☐ Encéphalite limbique



☐ Troubles psychiatriques

☐ Troubles de la conscience

☐ Crises d'épilepsie

☐ Troubles mnésiques

☐ Mouvements anormaux

☐ Dysautonomie

☐ Neuropathie sensitive

☐ Neuropathie sensitivomotrice

☐ Lambert Eaton

☐ Neuromyotonie

☐ Syndrome cérébelleux

☐ Autre (Précisez) : .....

**IRM**

☐ Normale

☐ Anormale

**EEG**

☐ Normale

☐ Anormal

**LCR**

Nbre d'éléments : ..... Protéinorachie : ..... Bandes Oligoclonales : ☐ OUI ☐ NON

**Tumeur**

☐ OUI (Précisez) : .....

☐ NON

☐ Inconnu

**Traitement**

☐ Corticoïdes

☐ Veinoglobulines

☐ Echanges plasmatiques

☐ Immunosuppresseur

☐ Autre