ATTENTION NOUVELLE FICHE

A ENVOYER AVEC VOS PROCHAINS PRELEVEMENTS

RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MALADIES DE CREUTZFELDT-JAKOB ET MALADIES APPARENTEES

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

DEMANDE DE TEST 14.3.3 AU LABORATOIRE : .....

DATE de la demande : |__|__| |__|__| |2|0|__|__| (J / M / A)

Médecin prescripteur : Nom : ..... **Prénom :** .....

Nom chef de service .....

Hôpital : ..... **Service :** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... **Ville :** .....

Tel |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **Fax** |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : ..... **Prénom :** .....

Sexe : M |__| F |__| **Date de naissance:** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (J / M / A)

Date des premiers signes : |__|__| |__|__|__|__| (M / A)

Nature des premiers signes : .....

1 - Syndrome démentiel ou troubles cognitifs récents	Non ☐	Oui ☐
2 - Myoclonies	Non ☐	Oui ☐
3 - Syndrome cérébelleux et/ou ataxie	Non ☐	Oui ☐
4 - Troubles visuels	Non ☐	Oui ☐
5 - Syndrome pyramidal	Non ☐	Oui ☐
6 - Syndrome extra-pyramidal	Non ☐	Oui ☐
7 - Mutisme akinétique	Non ☐	Oui ☐
8 - Troubles d'allure psychiatrique évoluant depuis au moins 3 mois	Non ☐	Oui ☐
9 - Douleurs diffuses	Non ☐	Oui ☐

10 - EEG : Normal ☐ Ralenti ☐ Pseudo-périodique ☐ Périodique ☐ Non fait ☐

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT

DATE du prélèvement : |__|__| |__|__| |2|0|__|__| (Jour / Mois / Année) **Envoi :** Immédiat |__| Différé |__|

→ **Si envoi différé, conservation avant l'envoi à** +4°C |__| -20°C |__| -80°C |__|

Prélèvement centrifugé : NON |__| OUI |__| **Protéinorachie :** |__| , |__|__| g/l **Cellules :** |__|__|__|

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE EFFECTUANT LA RECHERCHE

Nom du laboratoire : ..... **Numéro d'identification :** |__|__|__|__|

Résultat du test 14.3.3 **Positif** |__| **Négatif** |__| **Douteux** |__|

Numéro d'identification du cas :
(attribué par l'Unité 360 de l'INSERM si test positif ou patient de moins de 55 ans)