

**Fiche administrative pour la recherche des anticorps anti-glycoprotéines du
nœud de Ranvier associés aux PIDC**

Date de la demande :

Laboratoire demandeur

Nom : Personne à contacter :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

Référence du laboratoire demandeur :

Facturation :

Service :

Adresse :

Adresse email :

Contact, service de facturation :

Téléphone :

N°Siret :

Numéro du bon de commande :

Cout Total de la prestation HT :

- Cout de l'analyse 80€ HT par biomarqueur
- Nombre d'analyses :

Signature :

*Pour tout renseignement :
Adresser un mail à jose.boucraut@univ-amu.fr ou emilien.delmont@ap-hm.fr
Ou s'adresser au secrétariat 04 91 38 83 15*

Fiche de renseignement clinique pour la recherche des anticorps anti-glycoprotéines du nœud de Ranvier associés aux PIDC

Cocher le ou les auto-anticorps demandés

- Anticorps anti-neurofascine 155
- Anticorps anti-contactine 1
- Anticorps anti-neurofascine 186
- Anticorps anti-capsr1

Date de la demande :
Médecin Prescripteur :
e-mail :

Nom du patient :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance :

Référence du laboratoire :

<u>Tableau Clinique</u>			
<input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique	<input type="checkbox"/> Démyélinisation centrale et périphérique		
<u>Date de début des symptômes :</u>			
<u>Mode évolutif</u>	<input type="checkbox"/> Aigu	<input type="checkbox"/> Subaigu	<input type="checkbox"/> Chronique
<u>Déficit clinique</u>			
<input type="checkbox"/> Déficit moteur	<input type="checkbox"/> Hypoesthésie / Paresthésies	<input type="checkbox"/> Ataxie proprioceptive	<input type="checkbox"/> Tremblement
<input type="checkbox"/> Paires crâniennes	<input type="checkbox"/> Douleurs neuropathiques	<input type="checkbox"/> Autre :	
<u>Scores fonctionnels</u>	RODS	ONLS	Rankin

<u>Electroneuromyogramme</u>		
<input type="checkbox"/> Démyélinisant	<input type="checkbox"/> Bloc de conduction	<input type="checkbox"/> Axonal

<u>Réponse thérapeutique</u>	Efficace	Inefficace	Non testé
Corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunoglobulines intra veineuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echanges Plasmatisques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunosuppresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels :			

Modalités d'envoi :

- Nature du prélèvement : sérum décanté adressé à température ambiante
- Associer :
 - le bon de commande (sans le nom) 1^{ère} page
 - et la fiche de renseignement clinique 2^{ème} page

- **Nouvelle Adresse d'envoi** : Laboratoire d'Immunologie, Hôpital de la TIMONE, BIOGENOPOLE 264 rue Saint Pierre 13385 Marseille Cedex 05.

A l'attention du Dr J Boucraut.

Pour tout renseignement :

Adresser un mail à jose.boucraut@univ-amu.fr ou emilien.delmont@ap-hm.fr

Ou s'adresser au secrétariat 04 91 38 83 15