Hôpitaux de Lyon – Groupement Hospitalier Est - Centre de Biologie et Pathologie Est
Service de Neurobiologie - Dr A. Perret-Liaudet - 59 bd Pinel - 69677 Bron Cedex
Tel : 04.72.12.95.83 - Fax : 04.27.85.59.00

Fiche de renseignements cliniques

DEMANDE de DOSAGE des biomarqueurs du LCR pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et apparentée

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

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

Nom du 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 - Trouble mnésique	**Non**	**Oui**
2 - Aphasie	**Non**	**Oui**
3 - Apraxie	**Non**	**Oui**
4 - Agnosie	**Non**	**Oui**
5 – Syndrome dysexécutif	**Non**	**Oui**
6 - Dépression	**Non**	**Oui**
7 - Chutes, syncopes, pertes de connaissances	**Non**	**Oui**
8 - Antécédents familiaux	**Non**	**Oui**
9 – Syndrome extrapyramidal	**Non**	**Oui**
10 –Troubles d'allure psychiatriques	**Non**	**Oui**
11 –Hallucinations visuelles	**Non**	**Oui**

12 - IRM : Normal Atrophie Autres Non fait

13 – Genotype ApoE : …… Non fait

Diagnostics évoqués :.....
MMS :……..……**Test 5 mots** :……**Grober (R16):** ……
BREF :……
Autres :……
Traitement :……

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT

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

Protéinorachie : |__| , |__|__| **g/l** **GB** |__|__|__| **/ml** **GR** |__|__|__| **/ml**