

# GROUPEMENT HOSPITALIER EST

Hôpital Pierre Wertheimer

**CENTRE DE REFERENCE DES SYNDROMES  
NEUROLOGIQUES PARANEOPLASIQUES**

59 boulevard Pinel  
69677 BRON Cedex



Hospices Civils de Lyon



3

N° FINESS : 690784178

ETIQUETTE PATIENT :

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX

Trouble neurologique	Anticorps	Prélèvement nécessaire	
Neuropathie sensitive et Atteinte périphérique	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR (250 µl minimum)  Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04.72.35.76.33.	
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*		
	<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2		
Syndrome cérébelleux	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR 250 µl minimum  Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04 72 35 76 33.	
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*		
	<input type="checkbox"/> Anti-YO*		
	<input type="checkbox"/> Anti-RI*		
	<input type="checkbox"/> Anti-MA1/MA2*		
	<input type="checkbox"/> Anti-Amphiphysine*		
	<input type="checkbox"/> Anti-GAD		
	<input type="checkbox"/> Anti-Neuropile	Analyse uniquement sur LCR (250 µl minimum <u>par test</u> )	
	<input type="checkbox"/> Anti-mGluR1 <input type="checkbox"/> Anti-GABA <sub>B</sub> r <input type="checkbox"/> Anti-CASPR2	Le sérum peut être joint (minimum 1 ml de sérum) à titre d'intérêt scientifique. Les analyses ne seront pas enregistrées sur sérum.	
	<input type="checkbox"/> Anti-DNER	Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04.72.35.76.33.	
Encéphalite limbique	<input type="checkbox"/> Anti-HU*	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR 250µl minimum  Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04.72.35.76.33.	
	<input type="checkbox"/> Anti-CV2*		
	<input type="checkbox"/> Anti-MA1/MA2*		
	<input type="checkbox"/> Anti-GAD		
	<input type="checkbox"/> Anti-Neuropile	Analyse uniquement sur LCR (250µl minimum <u>par test</u> )	
		<input type="checkbox"/> Anti-NMDAr <input type="checkbox"/> Anti-LGI1	Le sérum peut être joint (minimum 1 ml de sérum) à titre d'intérêt scientifique. Les analyses ne seront pas enregistrées sur sérum.
		<input type="checkbox"/> Anti-CASPR2	
		<input type="checkbox"/> Anti-mGluR5	
		<input type="checkbox"/> Anti-DPPX	
		<input type="checkbox"/> Anti-AMPAr <input type="checkbox"/> Anti-GABA <sub>B</sub> r <input type="checkbox"/> Anti-GlyR	Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04.72.35.76.33.
Neuromyérite optique	<input type="checkbox"/> Anti-Aquaporine4	Sérum (minimum 1 ml de sérum) ou LCR 250µl minimum  Il est souhaitable de joindre l'histoire clinique du patient. Ces documents peuvent être joints à l'envoi ou faxés au 04 72 35 76 33.	
	<input type="checkbox"/> Autre anticorps (préciser) _____	Contactez le centre de référence ☎ 04.72.35.58.40/42	

<b>ADRESSE D'ENVOI DES PRELEVEMENTS</b> Laboratoire d'auto-immunité <b>Dr Nicole FABIEN</b> Centre Hospitalier LYON-SUD 69495 PIERRE-BENITE Cedex ☎ . 04.78.86.66.86	<b>CONDITIONS DE TRANSPORT</b> Sang : Acheminement possible à température ambiante dans un délai de 7 jours, 14 jours à température réfrigérée, 90 jours congelé  LCR : Acheminement possible à température ambiante dans un délai de 7 jours, 14 jours à température réfrigérée, 90 jours congelé
<b>FACTURATION</b> Chaque test est coté BHN 300 *Sauf HU, RI, YO, CV2, MA1/MA2, Amphiphysine réalisés en Dot-Blot (1 seul test facturé BHN 300)	<b>DELAI DE REALISATION DE L'ANALYSE</b> Variable selon le test demandé, de 2 à 4 semaines

**GROUPEMENT HOSPITALIER EST**

Hôpital Pierre Wertheimer  
 CENTRE DE REFERENCE DES SYNDROMES  
 NEUROLOGIQUES PARANEOPLASIQUES  
 59 boulevard Pinel  
 69677 BRON Cedex



4

N° FINESS : 690784178

**QUESTIONNAIRE CLINIQUE**  
**NECESSAIRE A LA RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX**  
 A ENVOYER AVEC LE PRELEVEMENT OU FAXER AU 04.72.35.76.33

<b>Médecin demandeur :</b>	
<b>Nom :</b>	
<b>Service :</b>	
<b>N° de téléphone ou adresse mail :</b>	
<b>Nom du patient :</b>	
<b>Prodromes</b>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Etat fébrile <input type="checkbox"/> Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Présentation clinique</b>	<input type="checkbox"/> Encéphalite limbique → <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques <input type="checkbox"/> Troubles de la conscience <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Troubles mnésiques <input type="checkbox"/> Mouvements anormaux <input type="checkbox"/> Dysautonomie <input type="checkbox"/> Neuropathie sensitive <input type="checkbox"/> Neuropathie sensitivomotrice <input type="checkbox"/> Lambert Eaton <input type="checkbox"/> Neuromyotonie <input type="checkbox"/> Syndrome cérébelleux <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
<b>IRM</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale
<b>EEG</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<b>LCR</b> Nb d'éléments :	Protéïnorachie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Tumeur</b>	<input type="checkbox"/> Oui (préciser) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Traitement</b>	<input type="checkbox"/> Corticoïdes <input type="checkbox"/> Veinoglobulines <input type="checkbox"/> Echanges plasmatiques <input type="checkbox"/> Immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Autre

Pour un avis immunologique ou technique, contacter Mme RONGEMOND ☎ : 04.72.35.58.40 ou au 04.72.35.76.32  
 Pour évoquer une problématique diagnostique ou thérapeutique, contacter le Dr DUCRAY ☎ : 04.72.68.13.21 ou  
 par mail ([francois.ducray@chu-lyon.fr](mailto:francois.ducray@chu-lyon.fr))