

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

Opposition à la conservation en biobanque des reliquats biologiques OUI  NON

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 : .....

**Tableau Clinique**

- |   |  |
|---|--|
| <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   |

**Electroneuromyogramme**

- Démyélinisant                       Bloc de conduction                       Axonal

**Réponse thérapeutique**

- |                                  | 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 Plasmatiques            | <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<sup>ère</sup> page et la fiche de renseignement clinique 2<sup>ème</sup> 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 José BOUCRAUT

Pour tout renseignement :

Adresser un mail à [jose.boucraut@univ-amu.fr](mailto:jose.boucraut@univ-amu.fr) ou [emilien.delmont@ap-hm.fr](mailto:emilien.delmont@ap-hm.fr)  
Ou s'adresser au secrétariat 04 91 38 83 15