ATTENTION NOUVELLE FICHE (SEPT. 2008)
A ENVOYER AVEC DE PROCHAINS PRELEVEMENTS

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

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

renseignements **INDISPENSABLES**

DEMANDE DE TEST 14.3.3 AU LABORATOIRE : du CH de Niort……

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

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

Nom du Chef de Service : …….....

Hôpital : Centre Hospitalier de Niort… **Service :** …….....

Adresse : 40 Av Charles de Gaulle…….....

Code Postal : ……79021 **Ville :** NIORT CEDEX……....

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

document à remplir très complètement, svp

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)