

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

Cocher 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 : .....

<b><u>Tableau Clinique</u></b>			
<input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique	<input type="checkbox"/> Démyélinisation centrale et périphérique		
Date de début des symptômes :			
<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

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

<b><u>Réponse thérapeutique</u></b>			
	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
- **Adresse d'envoi :** Laboratoire d'Immunologie, Hôpital de la Conception, 147 Bd Baille 13385 Marseille cedex 5. A l'attention du Dr J 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 04 91 38 39 07

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

Au nom de Protisvalor : service prestation 8, rue Sainte Barbe 13001 Marseille.

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 : .....

**Coût Total de la prestation HT :**

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

Signature :