



SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (A.C.P.)

Téléphone Accueil : 02 31 06 44 09 Télécopie : 02 31 06 50 63

Médecin prescripteur (SEULEMENT)

Lors du RDV avec le patient : Réalisation du dossier administratif

Remplir le bon de demande de biopsie neuromusculaire (Cf. page 2).

→ Faxer ce document au laboratoire d'ACP au 50 63 ou

Envoyer par mail à widerowski-e@chu-caen.fr et ana-path-accueil@chu-caen.fr

→ A réception du document, le secrétariat d'ACP transmettra la demande au médecin référent des biopsies neuromusculaires. Celui-ci précisera les prélèvements nécessaires au diagnostic, en remplissant le tableau en bas du bon de demande de biopsie neuromusculaire.

→ Le secrétariat d'ACP transmettra la demande complétée au service de Chirurgie Maxillo-faciale (C.M.F.), qui planifiera le RDV et en avisera le patient et l'ACP.

→ Un document d'information du patient sur l'intervention est disponible page 5.

Médecin prescripteur et préleveur

1ère étape : Lors du RDV avec le patient ► Réalisation du dossier administratif

Remplir le bon de demande de biopsie neuromusculaire (Cf. page 2 et 3).

Y préciser la date de RDV prévue pour la biopsie

→ Faxer ce document au laboratoire d'ACP au 50 63 ou

Envoyer par mail à widerowski-e@chu-caen.fr et ana-path-accueil@chu-caen.fr

→ A réception du document, le secrétariat d'ACP transmettra la demande au médecin référent des biopsies neuromusculaires. Celui-ci précisera les prélèvements nécessaires au diagnostic, en remplissant le tableau en bas du bon de demande de biopsie neuromusculaire.

→ Le secrétariat d'ACP renverra la demande complétée au médecin demandeur et validera la date de RDV prévue pour la biopsie.

→ Un document d'information du patient sur l'intervention est disponible page 5.

2ème étape : Le jour du prélèvement :

→ **Finalisation du dossier administratif :**

- Remplir le bon général d'ACP et y joindre le bon de demande de biopsie neuromusculaire complété.

→ Cocher « Prélèvement Frais » sur le recto sur le bon général d'ACP.

- **Si suspicion de cytopathie mitochondriale** (cf. tableau en bas du bon de demande) :

Remplir la fiche de consentement **en 2 exemplaires** (Cf. page 4).

→ **Préparation et envoi du prélèvement :**

- Réaliser le(s) prélèvement(s) suivant les indications du tableau en bas du bon de demande de biopsie neuromusculaire.

- Mettre le dossier administratif et le(s) prélèvement(s) dans une pochette.

- Acheminer **sans délai** le dossier et l'ensemble des prélèvements au laboratoire d'A.C.P.

AVANT 12H00 impérativement.



SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (A.C.P.)

Téléphone Accueil : 02 31 06 44 09 Télécopie : 02 31 06 50 63

BON DE DEMANDE DE BIOPSIE NEUROMUSCULAIRE

Page 1/2

→ Document à joindre avec le bon de demande d'examen général d'A.C.P.

DATE DE LA DEMANDE :

PATIENT :

NOM du patient :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

MEDECIN PRESCRIPTEUR : (Informations obligatoires)

Nom :

Téléphone portable :

Mail :

=>Le prélèvement sera réalisé par : ☐ le médecin prescripteur ☐ le service de C.M.F.

SIEGE DE LA BIOPSIE :

		DROIT	GAUCHE
MUSCLE	Deltoïde		
	Biceps brachial		
	Quadriceps		
	Jambier antérieur		
	Chef externe du jumeau		
	Soléaire		
	Autre :		
NERF	Fibulaire ou superficiel		

DATE DE LA BIOPSIE : / /

(Réservé au préleveur)

PRELEVEMENTS A EFFECTUER : (Réservé au laboratoire d'A.C.P.) :

Date et signature du médecin d'A.C.P. :

Biopsie musculaire	6 fragments musculaires d'environ 0.7 à 0.8 cm de longueur et de 0.3 à 0.4 cm de diamètre, dans le sens de la fibre musculaire → dans un pot stérile à sec, SANS compresse imbibée de sérum physiologique	
Biopsie de fascia	1 fragment → dans un pot stérile à sec	
Biopsie nerveuse	1 fragment de nerf de 4 cm de long → dans un pot stérile à sec	
Suspicion de cytopathie mitochondriale	1 fragment cutané (derme de 0,5 x 0,5 cm) → dans un pot stérile, rempli de sérum physiologique stérile	
	Pour un adulte : 1 tube de sang EDTA (5 mL)	
	Pour un enfant : 1 microtube EDTA	



BON DE DEMANDE DE BIOPSIE NEUROMUSCULAIRE

Page 2/2

- Renseignements sur le patient :

→ Age de manifestation des premiers signes cliniques :

→ Principaux signes cliniques et paracliniques (Détaillez le déficit moteur, si présent)

→ Données paracliniques (CPK, EMG, IRM, biologie, immunologie...) :

→ Diagnostic(s) évoqué(s) :

→ Traitement en cours (à remplir impérativement) (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires...) :



FICHE DE CONSENTEMENT POUR ETUDE GENETIQUE

Attestation du prescripteur

Je soussigné(e),
Dr

atteste avoir vu en consultation médicale de conseil
génétique

Mr/Mme :

et avoir apporté conformément aux dispositions de
l'article R1131-4 du code de la santé publique, les
informations suivantes :

- les caractéristiques de la maladie ou du risque
recherché
- les modalités de transmission génétique
- les conséquences possibles chez d'autres membres
de la famille, conformément aux dispositions de
l'article R1131-4 du code de la santé publique
- les possibilités de prévention et de traitement
- les moyens de détecter la maladie
- le degré de fiabilité des analyses
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques
génétiques sans relation directe avec la prescription
- du droit de connaître ou de refuser de connaître les
résultats
- des modalités du compte rendu et des délais
probables

Fait à, le

Signature :

Autorisation du patient pour la recherche

(articles L1243-3 et L1211-2)

J'autorise - Je n'autorise pas
(Rayer la mention inutile)

qu'une partie des prélèvements, une fois l'analyse
terminée, soit utilisée à des fins de recherche
scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données
médicales me concernant sera protégé grâce à une
anonymisation totale. En conséquence, je suis
conscient(e) que ces études scientifiques effectuées
seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à, le

Signature :

Consentement du patient

A la suite de la consultation médicale de conseil
génétique prévue à l'article L1131-1 du code de la
santé publique, je soussigné(e) :

.....

Né (e) le : / /

reconnais avoir reçu les informations sur les examens
de génétique proposés et autorise

☐ pour moi même

☐ pour mon enfant mineur ou une personne majeure
sous tutelle :

Nom, prénom, date de naissance :

.....

.....

☐ pour mon fœtus

la réalisation d'un examen des caractéristiques
génétiques (effectué par un laboratoire autorisé par
l'Agence Régionale de Santé) qui peut aider au
diagnostic ou à la prévention de la (ou des) maladie(s)
suivante(s) :

.....

.....

Dans le cadre d'une étude en cytogénétique
conventionnelle et/ou moléculaire et/ou en biologie
moléculaire, je suis informé(e) de la conservation
éventuelle des échantillons au laboratoire pour
compléter l'étude génétique entreprise en fonction
d'éventuels progrès scientifiques sur cette maladie, et
de la possibilité de m'opposer à cette conservation en
le signifiant au médecin à tout moment.

Fait à, le

Signature :

*Cette fiche est à compléter entièrement et à joindre au bon de demande.
Sans consentement, les examens ne seront pas réalisés.*



SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Téléphone Accueil : 02 31 06 44 09 Télécopie : 02 31 06 50 63

INFORMATION POUR LES PATIENTS AVANT UNE BIOPSIE MUSCULAIRE OU NEUROMUSCULAIRE

Madame, Monsieur,

Une biopsie musculaire ou neuromusculaire vous a été prescrite. Ce prélèvement est destiné à apporter des éléments histologiques pouvant contribuer au diagnostic de votre maladie. Il est effectué sous anesthésie locale (injection sous-cutanée d'un produit anesthésique, au niveau du siège de la biopsie).

Une incision de 1,5 à 4 cm est pratiquée (siège variable en fonction des signes cliniques). Le prélèvement lui-même n'est que modérément douloureux étant donné l'anesthésie (en cas de prélèvement d'un fragment de nerf, il peut y avoir une décharge électrique, comme cela est souvent le cas au cours de l'électromyogramme).

Un hématome peut survenir dans les suites du prélèvement, essentiellement en cas de mobilisation trop rapide et trop intensive du membre biopsié et c'est la raison pour laquelle nous vous recommandons une activité réduite après le prélèvement. Lorsqu'il y a eu un hématome, quelques décharges électriques transitoires peuvent survenir dans le même territoire, au niveau de la cicatrice, pendant les jours ou semaines suivant le prélèvement.

Le prélèvement nerveux, toujours pratiqué à la jambe, porte sur un nerf uniquement sensitif et n'entraîne aucune paralysie mais on peut observer une anesthésie transitoire ou définitive sur une surface très limitée au niveau du dos du pied ou dans la région de la cheville (ce qui n'occasionne habituellement aucune gêne particulière).

Il faut savoir que ces prélèvements sont effectués depuis des années de façon très courante et qu'il n'y a en principe pas de complication lorsque les consignes préconisées sont respectées.