



Fiche à remplir pour toute demande de

Dosage d'anticorps anti-gangliosides

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Nom du prescripteur :

Service :

Date de début des symptômes :

Neuropathie :

- sensitive
 motrice

EMG :

- oui
 non

Résultat :

Notion d'infection virale ou bactérienne :

- oui
 non

Précisions :

Atteinte des nerfs crâniens :

- oui
 non

Précisions :

Dysglobulinémie :

- oui
 non

Précisions :

Gangliosides :

- GM1
 GD1a
 GD1b
 GT1b
 GQ1b
 GM2

Diagnostic suspecté :

.....

.....