

Formulaire

BIOC-AMAN-M. Alzheimer : demande de renseignements

ENTÊTE RÉSERVÉE : MERCI DE NE RIEN INSCRIRE

Laboratoire de Biochimie – Biologie Moléculaire – Nutrition
UF AMAN (3543)

A remplir impérativement par le clinicien et à joindre au prélèvement

DEMANDE DE DOSAGE DES MARQUEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LE LCR

Date de demande : Médecin prescripteur :
Service : Hôpital :
Adresse : Ville :
Tél : Fax :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date de naissance :

Date des 1ers signes :

Signes cliniques au moment de la ponction lombaire :

Déficit mnésique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aphasie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apraxie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Agnosie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles exécutifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Profil hippocampique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome cérébelleux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome extrapyramidal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hallucinations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fluctuations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MMS : /30		

Antécédents

Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Antécédents familiaux de démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome dépressif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ethylisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre(s)		

Facteurs de risque cardiovasculaire

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Surpoids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

IRM

Normal Atrophie hippocampique Atrophie corticale Leucoaraiose
 Non réalisée Autre :

Autres examens complémentaires réalisés

.....

Information sur la conservation des échantillons biologiques dans le cadre du programme « maladies neurologiques » au centre de ressources biologiques CHRU de Nancy