



Etiquette ORBIS Patient

Nom
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : M F

Etiquette UH Etablissement

Prescripteur :
Préleveur :
Téléphone :
Lundi au vendredi de 7h30 à 16h00

**N° ENREGISTREMENT
LABORATOIRE**

PPG1/2-21/09/17



Merci de cocher correctement les cases
au stylo à bille noir ou bleu

- Date de prélèvement :** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
- Mois :** Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Aou Sep Oct Nov Dec
- Heure :**
- 0H 1H 2H 3H 4H 5H 6H 7H 8H 9H 10H 11H **Minutes :** 00 05 10 15 20 25
12H 13H 14H 15H 16H 17H 18H 19H 20H 21H 22H 23H 30 35 40 45 50 55

DEGENERESCENCES LOBAIRES FRONTOTEMPORALES

Hopital :

Nom du médecin prescripteur : N° tél :

DOSAGE DE LA PROGRANULINE PLASMATIQUE

Conditions de prélèvement et d'envoi :

Sang recueilli sur EDTA (tube bouchon violet) de 6ml
Adresser le tube au laboratoire dans un délai <48 heures.
Au delà, le sang doit être centrifugé, le plasma décanté et congelé à -80°C, avant d'être envoyé dans la carboglace.

Joindre IMPERATIVEMENT à toute demande de dosage :

- un bon de commande de l'hôpital, BHN 250
- la fiche de renseignements cliniques figurant au dos, dument complétée (idem demande génétique)

NB : les DFT-SLA sporadiques ou familiales et les PSP ne sont pas de bonnes indications à la réalisation de ce dosage.

ATTENTION ! TOUTE DEMANDE INCOMPLETE, SANS BON DE COMMANDE ou SANS INFORMATION CLINIQUE, NE SERA PAS TRAITEE PAR NOTRE LABORATOIRE.

NON CONFORMITES (cadre réservé au laboratoire) NB: la présence de non-conformité(s) entraînera un retard sur le rendu des résultats

Non conf. informatives :

- Renseignement absent / incomplet
- UH absente / illisible
- Prescripteur absent / illisible
- Préleveur absent / illisible

- Date préél. absente / erronée
- Heure préél. absente / erronée

Analyses :

- Demande annulée
- Analyse exceptionnellement réalisée
- Serv. prévenu

Non conf. discontinuantes :

- Echantillon non identifié
- Echantillon manquant
- Prescription non identifiée
- Discordance d'identité éch / prescript
- Echantillon coagulé
- Tube mal rempli (hémostase, VS)
- Quantité d'échantillon insuffisante

- Echantillon arrivé accidenté
- Discordance nature éch / analyse
- Contenant non adapté
- Conditions de transport non respectées
- Tube ou flacon vide
- Délai acheminement dépassé
- Absence de seniorisation
- Présence bulles d'air seringue GDS

PXD-EN-181-V1

DEGENERESCENCES LOBAIRES FRONTOTEMPORALES

Fiche de renseignements cliniques

Les renseignements suivants sont indispensables à la bonne orientation des analyses génétiques (MAPT ou PGRN), à l'interprétation de leur résultat et, le cas échéant, à la poursuite des analyses moléculaires.

HISTOIRE DE LA MALADIE

NB : Les formes sporadiques ou les formes familiales de DFT-SLA et les PSP ne sont pas de bonnes indications à la réalisation de ce dosage

Age de début : Durée d'évolution :

Mode de début : Troubles comportementaux Formes cliniques : DFT pure (comportementale)
 Troubles du langage / Aphasie DFT/ Parkinson
 Syndrome Parkinsonien DFT/ SLA (sclérose latérale amyotrophique)
 Autres : Aphasie progressive non fluente
 Démence sémantique

Antécédents familiaux

Oui Non Préciser : DFT DCB (dégénérescence corticobasale)
 DFT/SLA PSP (paralysie supranucléaire)
 SLA Maladie de Parkinson
 Maladie d'Alzheimer Myopathie ou maladie de Paget des os
 Aphasie progressive Troubles psychiatriques (précisez)
 Autre (préciser)

Tracez l'arbre généalogique de la famille au verso de la feuille selon les recommandations situées sur le site <http://www.cgmc-psl.fr/spip.php?rubrique21>

II - SYMPTOMES DE LA MALADIE

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles comportementaux	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du langage	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome parkinsonien	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations visuelles	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apraxie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble oculomoteur	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouvements anormaux	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SLA	préciser début : <input type="checkbox"/> membre ou <input type="checkbox"/> bulbaire
âge de début :		EMG :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	préciser :

III - EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test neuropsychologiques	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRM	préciser :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPECT	préciser :

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez contacter :

Dr Foudil LAMARI : 01 42 16 21 90 –

foudil.lamari@psl.aphp.fr

Dr Claude JARDEL : 01 42 17 76 55

claudie.jardel@psl.aphp.fr