

Ce formulaire, une fois complété, est destiné au Laboratoire de Neuroimmunologie de la C.B. (S.A.). Son usage est réservé uniquement aux professionnels de la santé.

* Toutes sections surlignées doivent être remplies afin d'éviter tout retard dans le traitement de l'échantillon.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				NEUROLOGUE RÉFÉRANT	
NOM		PRÉNOMS		NOM DU NEUROLOGUE et DR. NUMBER	
N° ASSURANCE SOINS DE SANTÉ		DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)		SEXÉ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE		VILLE		ADRESSE DU NEUROLOGUE	
PROVINCE		CODE POSTAL	# DE TÉLÉPHONE	# TÉLÉPHONE	FACSIMILE
DIAGNOSIS ET INDICATIONS POUR ANALYSE ET/OU TRAITEMENTS SPÉCIAUX (p. ex. patient SOUS IgIV)				COPIE AU/X MÉDECIN/S	
FACTURER À <input type="checkbox"/> Services provinciaux de la santé <input type="checkbox"/> Hôpital (Patients hospitalisé) <input type="checkbox"/> Au patient* (voir ci-dessous) <input type="checkbox"/> Autre:					
LABORATOIRE FAISANT LA DEMANDE: TOUS LES TESTS SAUF POUR 'Ac Anti-Rach seul', DOIVENT ÊTRE COMMANDÉS PAR UN NEUROLOGUE					
NOM DU LABORATOIRE/SERVICE				TYPE	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> LCR
ADRESSE		VILLE	PROVINCE	DATE DU PRÉLÈVEMENT (mois/jour/année)	
TELEPHONE (EXIGÉ POUR TESTS URGENTS)		FACSIMILE (EXIGÉ POUR TESTS URGENTS)			
ANALYSES DE LABORATOIRE PRESCRITES :					
Myasthénie Grave		Trouble du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD)		Encéphalite Auto-immune et SNP	
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-récepteurs acetylcholine (Ac anti-RACH) par RIPA <u>seulement</u> (91020/91021) Facturable à MSP <input type="checkbox"/> Anticorps anti-tyrosine kinase spécifique de muscle (Ac anti-MuSK) par SPR <u>seulement</u> (P91022) Facturable à MSP <input type="checkbox"/> Anticorps anti-tyrosine kinase spécifique de muscle (Ac anti-MUSK) par RIPA <input type="checkbox"/> Ac anti-RACH et (si négatif) Ac anti-MuSK <input type="checkbox"/> Anticorps aux foyers récepteurs acetylcholine (Ac anti-RACH) tests basé sur les cellules entières (Pris en charge par Alexion Pharma) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-récepteurs des lipoprotéines de basse densité (Ac anti-LRP4) par CBA vivant (RPour recherche seulement)		<input type="checkbox"/> Anticorps Aquaporine-4 (AQP4) par CBA vivant (Pris en charge par Alexion Pharma) <input type="checkbox"/> Myelin oligodendrocyte glycoprotein (MOG) par CBA vivant Renseignements Cliniques : <input type="checkbox"/> ADEM <input type="checkbox"/> MDEM <input type="checkbox"/> ADEM-début <input type="checkbox"/> Névrite Optique <input type="checkbox"/> Myélite Transverse <input type="checkbox"/> Syndrome de l'Area Postrema <input type="checkbox"/> Syndrome du tronc cérébral aigu <input type="checkbox"/> Symptomatic Cerebral Syndrome <input type="checkbox"/> Narcolepsie symptomatique <input type="checkbox"/> Syndrome d'encéphalite Clinique aigu		Tests groupés Encephalites Autoimmunes (EA) <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> LCR Dépistage rapide (temps d'exécution estimé de 24 à 48 heures) <input type="checkbox"/> MOSAIC-6 (NMDAR, GABA _B , LGI1, CASPR2, DPPX, AMPAR) Test de confirmation (délai d'exécution estimé de 48 à 72 heures) <input type="checkbox"/> Immunohistochimie du cerveau de rat avec CBA confirmatoire Tests d'anticorps spécifiques (CBA)(délai d'exécution estimé de 48 à 72 heures) <input type="checkbox"/> NMDAR Ab <input type="checkbox"/> LGI1 <input type="checkbox"/> CASPR2 <input type="checkbox"/> AMPAR <input type="checkbox"/> GABA _B Ab <input type="checkbox"/> DPPX <input type="checkbox"/> GAD 65 <input type="checkbox"/> IgLON 5 <input type="checkbox"/> GFAP <input type="checkbox"/> Titre des anticorps anti-NMDA <input type="checkbox"/> LCR Seul	
Renseignements Cliniques Necessaires (à cocher) : <input type="checkbox"/> Suspicion de myasthénie <input type="checkbox"/> Oculaire <input type="checkbox"/> Bulbaire <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Rémission clinique Diplopie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Difficulté à déglutir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Faiblesse Générale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fatigabilité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Stimulation Nerveuse Répétitive : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ne sait pas SFEMG : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ne sait pas Effet positif du Mestinon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		Syndrome Myasthénique de Lambert-Eaton <input type="checkbox"/> Anticorps anti-canal calcique à voltage dépendant (Anti-CCVD); (P91861) Facturable à MSP Renseignements Cliniques : <input type="checkbox"/> Ataxie Cérébelleuse <input type="checkbox"/> Changements cognitifs <input type="checkbox"/> Myélite transverse <input type="checkbox"/> Dismétrie <input type="checkbox"/> Faiblesse des extrémités		Tests groupés paraneoplastiques par immunoblot <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Panel complet d'anticorps paraneoplastiques (Ac à haut risque) par immunohistochimie cérébrale de rat/réflexe d'immunofluorescence à l'immunotransfert et aux CBA *Comprend des anticorps contre : Amphiphysin, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, Recoverin, SOX1, Titin, Zic4, GAD65, Tr (DNER) (temps d'exécution estimé 48-72hr)	
		Neuropathie inflammatoire demyelinisante. Paiement par le malade (voir ci-dessous) <input type="checkbox"/> Test Panel – 5 Nodal & Paranodal Abs – CASPR1, CNTN1, NF186, NF140, NF155 Renseignements Cliniques : <input type="checkbox"/> Début grauel >3mois <input type="checkbox"/> Début rapide – depuis un mois <input type="checkbox"/> Perte sensorielle <input type="checkbox"/> Sensations anormales <input type="checkbox"/> Perte des réflexes <input type="checkbox"/> Atrophie musculaire <input type="checkbox"/> Faiblesse ou fatigue <input type="checkbox"/> Brulure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Difficulté à déglutir <input type="checkbox"/> Diplopie		Questionnaire : Date du début de la maladie: Histoire familiale d'auto-immunité: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Changement neurologique/psychiatriques: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Convulsions: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Cancer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, type de cancer :	
				Prodromes : <input type="checkbox"/> Symptômes grippaux <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Sauts d'humeur <input type="checkbox"/> Dépression	
				Phenotype Clinique : <input type="checkbox"/> Encephalomyélite <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> SOM <input type="checkbox"/> Stiff Man Syndrome <input type="checkbox"/> Syndrome cérébelleux subaigu <input type="checkbox"/> Neuropathie sensitive <input type="checkbox"/> Syndrome de Morvan	
				Médicaments immunomodulateurs et réponse :	
Autre/s Commentaires :					
NOMS ET SIGNATURE DU NEUROLOGUE RÉFÉRANT				MOIS	JOUR
COLLECTE DES SPÉCIMENS				ANNÉE	
Étiqueter tous les spécimens avec nom, prénoms, date de naissance, N° d'Assurance Santé et date de la collecte. SÉRUM: Dans 2 tubes ou plus avec activateur SST prélever assez de sang pour 2-5 ml de sérum. Centrifuger les tubes, combiner le sérum, congeler s'il doit être stocké pendant >1 semaine, puis regrouper sur glace pour l'expédition. Nous rejetterons les prélèvements trop lipidiques, hémolysés ou ictériques. LCR: Prélever au mois 3-5 ml (3-5cc) de LCR dans un tube stérile. Expédier sur de la glace dès que possible.				EXPÉDITION ET LIVRAISON: INSTRUCTIONS <ul style="list-style-type: none"> Dans les paquets les échantillons doivent être étiquetés et accompagnés des formulaires de prescription complétés et signés. Les échantillons doivent être expédiés en respectant les règles IATA, ICAO et TDG Pas de livraison en fin de semaine et les jours fériés. Adresse de Livraison: BC Neuroimmunology Laboratory Room S-157, 2211 Wesbrook Mall Vancouver, BC V6T 2B5 Telephone: 604-822-7175 E-mail: hans@bcneuro.ca 	
TESTS PAYÉS PAR LE PATIENT Tous les tests payés par le patient doivent être payés à l'avance pour que les échantillons soient analysés par le laboratoire. Ils peuvent être payés à l'avance par cheque ou carte de credit. Contactez-nous pour les prix des tests individuels.				Les informations personnelles recueillies sur ce formulaire, ainsi que toute information médicale établie pas la suite seront utilisées ou divulguées uniquement selon ce qu'autorise la Loi sur la Protection des Renseignements Personnels. La déclaration de confidentialité du Laboratoire de Neuroimmunologie de la C.B. (S.A.) se trouve sur notre site internet (http://bcneuro.ca). Ce formulaire implique le consentement du patient à ce que ses données et spécimens soient utilisés anonymement à des fins de contrôle de qualité.	