LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES du CHU de LYON
CENTRE de BIOLOGIE et PATHOLOGIE EST - 59, boulevard Pinel 69677 BRON Cedex France
CENTRE DE BIOTECHNOLOGIE CELLULAIRE et BIOTHEQUE
Pr SCHAEFFER
Tel : 04 72 12 96 99 – Fax : 04 72 12 97 10

Fiche de données cliniques :
MYASTHENIES SERONEGATIVES

Dr A. JACQUIER, J. CARRAS, Dr T. SIMONET, Pr L. SCHAEFFER

Nom usuel : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Sexe : _____	Médecin référent : _____ Adresse mail : _____ Centre préleveur : _____ Téléphone : _____

Date de début des symptômes : _____

MYASTHENIE OCULAIRE : ☐ OUI ☐ NON

MYASTHENIE GENERALISEE :

- Signes oculaires : ☐ OUI ☐ NON
- Signes bulbaires : ☐ OUI ☐ NON
- Signes squelettiques : ☐ OUI ☐ NON
- Osserman : _____/100

EMG :

- Décrément aux stimulations répétitives : ☐ OUI ☐ NON
- Fibre unique : ☐ OUI ☐ NON ☐ NON FAIT

ANTICORPS :

- AntiRACh : ☐ OUI ☐ NON ☐ NON FAIT
- AntiMusk : ☐ OUI ☐ NON ☐ NON FAIT

THYMOME : ☐ OUI ☐ NON

TRAITEMENTS :

- Anticholinestérasiques → efficaces : ☐ OUI ☐ NON ☐ NON FAIT
- Immunosuppresseurs (dont corticoïdes) → efficaces : ☐ OUI ☐ NON ☐ NON FAIT
- Traitements immunosuppresseurs/immunomodulateurs antérieurs :

_____

LABORATOIRE de BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES du CHU de LYON
GHE - Centre de Biologie et Pathologie Est
Demande D'analyses : Centre de Biotechnologie Cellulaire et Biothèque
2ème Etage - Renseignements : **Tél 04.72.12.96.99 – Fax 04.72.12.97.10** (8h 30 - 16h30)

Zone obligatoirement remplie par le préleveur

Prescripteur : **Préleveur :** **Téléphone :** **Incident au cours du prélèvement :**	**Joindre 4 étiquettes « Patient »** **N° séjour :** **Nom usuel :** **Prénom :** **Date de naissance :** **Sexe :** **Nom de naissance :** **Service prescripteur :**

Prélèvement

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure :** ☐☐ ☐☐ URGENT : ☑

RENS. CLINIQUES : ☐

Demande de recherche d'auto-anticorps de faible affinité Anti-RACh (anti-Récepteur à l'AcétylCholine agrégé) (myasthénies séronégatives)

Médecin prescripteur :

Renseignements cliniques :

Tout prélèvement devra être accompagné de renseignements clinicobiologiques et du consentement éclairé du patient

■ ***si délai d'acheminement supérieur à 24h***
→ centrifuger (minimum 10 min à minimum 1500g) et décanter

Attention - délai de conservation du sérum non congelé : 2 jours
- délai de conservation du sérum congelé à -20°C : >14 jours

- ***Nature du prélèvement***

  ☐ sang veineux sur tube sec (bouchon jaune ou rouge)

  ☐ sérum non congelé → Date de centrifugation :

  ☐ sérum congelé →Date de centrifugation et de congélation :

- **Réalisé pour :**

  ☐ test de détection des auto-anticorps de faible affinité antiRACh

Documents à joindre :

- **Consentement parents/malade**
- **Bon de commande (si hors HCL)**
- **Fiche de données cliniques myasthénie séronégatives**

Adresse d'envoi du prélèvement : (*par transporteur le jour même du prélèvement)*
CENTRE DE TRI - CENTRE de BIOLOGIE et PATHOLOGIE EST
(pour le Centre de Biotechnologie Cellulaire – Pr .L. SCHAEFFER et Dr A. JACQUIER)
59, Boulevard Pinel - 69500 BRON