

**PRESCRIPTION D'UNE BIOPSIE DE NERF PERIPHERIQUE ET/OU DE MUSCLE AVEC ETUDE  
NEUROPATHOLOGIQUE SPECIFIQUE**

**Exécutant :** Service de Pathologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux  
Professeur Anne Vital Professeur Marie-Laure Martin-Negrier Docteur Sébastien Lepreux  
Prise des rendez-vous : tel 05 56 79 59 04 / 05 56 79 55 89 fax 05 56 79 60 88  
Les biopsies sont réalisées dans le Service de Chirurgie Ambulatoire du Tripode UG 2495

**A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

Identification univoque du patient  
Etiquette

Coordonnées du service demandeur  
UG :  
Tampon

Prescripteur :  
Adresse :  
Téléphone :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

NOTION DE CONSANGUINITE

**ANTECEDENTS PERSONNELS :**

- toxique :
- infectieux :
- maladie systémique :
- autres :

- tumoral :
- médicamenteux :
- diabète :

**CLINIQUE :**  
**Anamnèse :**

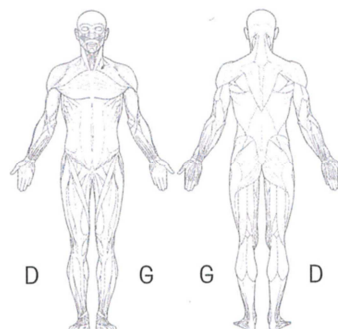
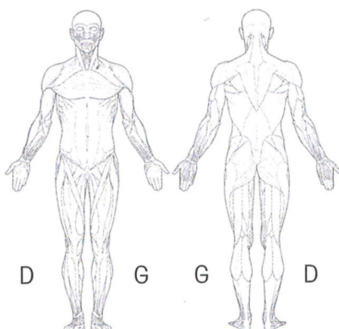
**Examen clinique :**

*(Si atteinte myogène, renseigner le schéma ci-dessous)*

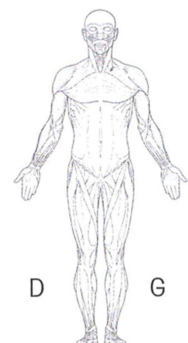
Zones de déficit moteur

Zones d'atrophie musculaire

Zones de myalgie



**ATTEINTES**





**CHU**  
Hôpitaux de  
Bordeaux

Entité d'application : GHP- LACP - biopsie neuro-musculaire

Emetteur : PBP - P2A - ACP

EN\_LAB\_16\_34  
44

Ind : 02

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Page : 2/2

**PRESCRIPTION D'UNE BIOPSIE DE NERF PERIPHERIQUE ET/OU DE MUSCLE AVEC ETUDE  
NEUROPATHOLOGIQUE SPECIFIQUE**

**VISCERALES** (à renseigner si informatifs) :

**EXAMENS BIOLOGIQUES** (à renseigner si informatifs) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enzymes musculaires :             | <input type="checkbox"/> Gammopathie monoclonale :                          |
| <input type="checkbox"/> Biologie inflammatoire :          | <input type="checkbox"/> LCR (cellularité, protéinorachie, lactatorachie) : |
| <input type="checkbox"/> Ac circulants :                   |   |
| <input type="checkbox"/> Autres résultats si informatifs : |   |

**EXAMENS ELECTRO-PHYSIOLOGIQUES :**

EMG

Vitesse de conduction nerveuse

**IMAGERIE (IRM) :**

**Site de prélèvement conseillé :**

- |                                     |   |                                     |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deltoïde   | <input type="checkbox"/> Nerf musculo-cutané (jambe)<br>+ muscle court péronier latéral | <input type="checkbox"/> Nerf sural |
| <input type="checkbox"/> Quadriceps | <input type="checkbox"/> Branche cutanée superficielle<br>du nerf radial (poignet)      |                                     |

**DIAGNOSTIC CLINIQUE ENVISAGE :**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES POUR PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIE  
AMBULATOIRE :**

**Traitement en cours :**

**Notion d'allergie :**

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> latex     | <input type="checkbox"/> bétadine |
| <input type="checkbox"/> xylocaïne | <input type="checkbox"/> autre :  |

**Autonomie du patient :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> marche seul      | <input type="checkbox"/> ne marche pas du tout |
| <input type="checkbox"/> marche avec aide |  |