

Biomarqueurs LCR de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés

Renseignements cliniques

DATE de la demande: |__|__| |__|__| |2|0|__|__|
 J M A

Consultation Mémoire de :

Médecin prescripteur : Nom :Prénom :

Nom du Chef de Service :

Hôpital : **Service :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

[illegible]

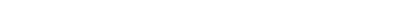
Email :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : **Prénom :**

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance:

Date et nature des premiers signes : 

Trouble mnésique..... Non Oui

Trouble phasique **Non** **Oui**

Trouble praxique **Non** **Oui**

Syndrome dysexécutif Non Oui

Agnosie..... Non Oui

Fluctuations cognitives.....	Non	Oui
-------------------------------------	------------	------------

Troubles du comportement..... Non Oui

Dépression..... Non Oui

Trouble d'allure psychiatrique..... **Non** **Oui**

Hallucinations visuelles / auditives.....	Non	Oui
--	------------	------------

Troubles du sommeil..... Non Oui

Chutes..... Non Oui

Syndrome extrapyramidal.....	Non	Oui
-------------------------------------	------------	------------

Antécédents familiaux Non Oui

Evaluation cognitive : Date.....

MMSBREF.....

Test des 5 mots

IRM : Date

☐ Atrophie hippocampique ☐ A. corticale

☐ **Séquelles vasculaires** ☐ **Microbleeds**

☐ **Dilatation ventriculaire**

☐ **Autre**

TEP – FDG :

Traitements :

Diagnostic(s) évoqué(s) :

Stade diagnostique : ☐ Plainte isolée ☐ Trouble léger (MCI) ☐ Démence (DSM-V)

Contexte(s) prescription : ☐ Diagnostic différentiel ☐ MA/DCL ☐ MA / DFT ☐ MA / HPN
☐ Confirmation de MA ☐ Révision du diagnostic de MA
☐ Patient jeune ☐ Patient non testable ☐ Présentation atypique
☐ Autre