

Emetteur : IMMUNO THERAPIE CELL HEMATOPOIESE

Date d'application : 30/06/2022

Analyses effectuées au laboratoire d'Immunologie du CHU de Rennes – Dr E. Dumontet

Patient : _____
 Nom : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de naissance : _____
 Sexe : _____

Médecin prescripteur : _____
 Nom : _____
 Service : _____
 Hôpital : _____
 Adresse : _____
 Mail : _____

Trouble neurologique			Anticorps	Prélèvement nécessaire / Quantité
Neuropathie sensitive et atteinte périphérique	Onconeuronaux	<input type="checkbox"/>	Anti-Hu	Sérum (tube sec avec gel) et/ou LCR (≥10 gouttes)
	Neuropiles	<input type="checkbox"/>	Anti-CV2	
Syndrome cérébelleux	Onconeuronaux	<input type="checkbox"/>	Anti-CASPR2	Sérum (tube sec avec gel) et/ou LCR (≥10 gouttes)
		<input type="checkbox"/>	Anti-Hu	
		<input type="checkbox"/>	Anti-CV2	
		<input type="checkbox"/>	Anti-Yo	
		<input type="checkbox"/>	Anti-Ri	
		<input type="checkbox"/>	Anti-Ma1/Ma2	
		<input type="checkbox"/>	Anti-Amphiphysine	
		<input type="checkbox"/>	Anti-GAD	
	Neuropiles	<input type="checkbox"/>	Anti-DNER (Tr)	
		<input type="checkbox"/>	Anti-GABAr-b	
Encéphalite limbique	Onconeuronaux	<input type="checkbox"/>	Anti-CASPR2	Sérum (tube sec avec gel) et/ou LCR (≥10 gouttes)
		<input type="checkbox"/>	Anti-Hu	
		<input type="checkbox"/>	Anti-CV2	
		<input type="checkbox"/>	Anti-Ma1/Ma2	
		<input type="checkbox"/>	Anti-GAD	
	Neuropiles	<input type="checkbox"/>	Anti-SOX1	
		<input type="checkbox"/>	Anti-NMDAr	
		<input type="checkbox"/>	Anti-AMPAr	
		<input type="checkbox"/>	Anti-GABAr-b	
		<input type="checkbox"/>	Anti-DPPX	
Neuromyéélite optique		<input type="checkbox"/>	Anti-LGI1	Sérum (tube sec avec gel) et/ou LCR (≥10 gouttes)
		<input type="checkbox"/>	Anti-CASPR2	
		<input type="checkbox"/>	Anti-AQP4	
		<input type="checkbox"/>	Anti-MOG	

Renseignements cliniques à joindre au prélèvement obligatoirement :

