Analyses effectuées au laboratoire de Lyon

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

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

Trouble neurologique	Anticorps		Prélèvement nécessaire / Quantités
Syndrome cérébelleux	☐	Anti-Neuropile (Dépistage)	LCR (250 µL minimum par test)
	☐	Anti-mGlu R1	
Encéphalite limbique et autres encéphalites	☐	Anti-AK5	LCR (250 µL minimum par test)
	☐	Anti-Neuropile (Dépistage)	
	☐	Anti-mGlu R1	
	☐	Anti-GlyR	
	☐	Anti-Iglon5	
	☐	Anti-GABAr-a	
	☐	Anti-GFAP	
Rétinopathie	☐	Anti-Recoverine	Sérum (minimum 1 mL de sérum) ou LCR (250 µL minimum)

Renseignements cliniques à joindre au prélèvement obligatoirement :

_____

_____

_____