

Nos **Références** :
(étiquette Diamic)

Code organe (réservé au laboratoire) :

Date et heure de **RECEPTION**
au laboratoire de pathologie

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

NOM, Prénom :

N° INAMI :

HOPITAL :

SERVICE :

N° Agrément :

Médecin traitant :

Copie à :

Signature :

Pour tout type de prélèvement :

Si applicable, heure de mise en contact avec le formol :

PATIENT : (compléter ou étiquette)

NOM, Prénom :

Né(e) le :

Sexe :

Rue :

N° :

Code postal :

Localité :

Mutuelle : (vignette ou compléter)

Régime assurance :

(CT1/CT2)

Titulaire – conjoint – enfant – ascendant (cochez la mention)

N° de matricule :

Hospitalisé : oui - non

Si hospitalisé : SERVICE

Réservé au laboratoire :

BA	BS	BB	BC	BD
Ext				Cyt
Complet	Incomplet	A prélever		

Date et heure de mise en formol au laboratoire:

Date et heure de fin fixation :

Biopsie musculaire

Biopsie neuromusculaire

Renseignements cliniques : **OBLIGATOIRE**

- Muscle(s) atteint(s) :

.....

- Nerf(s) atteint(s) :

.....

Renseignements biologiques :

- CPK maximales : UI/L

- Anticorps recherchés et résultats :

ATCD familiaux :

oui non

- Si oui, personnes touchées :

Traitement :

Corticostéroïdes :	oui	non	Si oui dose :	Et durée :
Immunosuppresseur	oui	non	Si oui préciser :	
Hypocholestérolémiant	oui	non	Si oui préciser :	

(ATTENTION aux produits « naturels » tels que levure de riz rouge, champignon chinois)

Hypothèses diagnostiques : **OBLIGATOIRE**

Myosite et maladies inflammatoires/ auto-immunes	Dermatomyosite	<input type="checkbox"/>
	Polymyosite	<input type="checkbox"/>
	Syndrome des anti-synthétases	<input type="checkbox"/>
	Myosite nécrosante à médiation immune	<input type="checkbox"/>
	Myosite à inclusions	<input type="checkbox"/>
	Neuropathies démyélinisantes	<input type="checkbox"/>
	Sarcoïdose	<input type="checkbox"/>
	Amyloïdose	<input type="checkbox"/>
	Vascularite à ANCA	<input type="checkbox"/>
	Autres vascularites	<input type="checkbox"/>
	Autres maladies (auto-immunes ou autres): préciser :	<input type="checkbox"/>
Myopathies génétiques ou maladies neuromusculaires	Myopathies congénitales	<input type="checkbox"/>
	Dystrophies musculaires	<input type="checkbox"/>
	Glycogénoses	<input type="checkbox"/>
	Lipidoses	<input type="checkbox"/>
	Cytopathies mitochondriales	<input type="checkbox"/>
	Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>
Autres maladies: + préciser ci-dessous	Infectieuses :	<input type="checkbox"/>
	Toxiques:	<input type="checkbox"/>
	Myonécrose diabétique	<input type="checkbox"/>
	Autre à préciser:	<input type="checkbox"/>