

**RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES MALADIES DE CREUTZFELD-JAKOB ET MALADIES APPARENTÉES
NATIONAL NETWORK SURVEY FOR CREUTZFELD-JAKOB AND RELATED DISEASES**

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR / TO BE FILLED BY THE PRESCRIBER

Demande de test 14.3.3 au laboratoire / *The 14.3.3 test request will be transferred to:*
 Date de la demande / *Date of the request:*
 Médecin prescripteur / *Prescriber:*
 Hôpital (si applicable) / *Hospital (if applicable):* Service / *Dept:*
 Adresse / *Address:* Ville / *City:*
 Code Postal / *Postal Code:* Fax :
 Tel :

MANDATORY
information

RENSEIGNEMENTS PATIENT / PATIENT INFORMATION

Date de naissance / *date of birth:* (jj/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
 Sexe / *Sex:*
 Date des premiers signes / *Date of first symptoms:*
 Nature des premiers signes / *Nature of first signs:*

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 - Syndrome démentiel ou troubles cognitifs récents / <i>Dementia or recent cognitive disorders</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 2 - Myoclonies / <i>Myoclonisms</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 3 - Syndrome cérébelleux et/ou ataxie // <i>Cerebellar syndrome and/or ataxia</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 4 - Troubles visuels / <i>Visual disorders</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 5 - Syndrome pyramidal / <i>Pyramidal syndrome</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 6 - syndrome extra-pyramidal / <i>Extrapyramidal syndrome</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 7 - Mutisme akinétique / <i>Akinetic mutism</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 8 - Troubles d'allure psychiatrique évoluant depuis au moins 3 mois /
<i>Psychiatric disorders since at least 3 months</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 9 - Douleurs diffuses / <i>Diffuse pains</i> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> |
| 10 - EEG Normal / <i>Normal</i> <input type="checkbox"/> Ralenti / <i>Slow</i> <input type="checkbox"/> Pseudo-périodique / <i>Pseudo-recurrent</i> <input type="checkbox"/> | | |
| Périodique / <i>Recurrent</i> <input type="checkbox"/> Non fait / <i>Not done</i> <input type="checkbox"/> | | |

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR / TO BE FILLED BY THE REQUESTING LABORATORY

Date du prélèvement / *Sampling date:* (jjj/mm/aaaa / dd/mm/yyyy)
 Envoi / *Shipment* Immédiat / *Immediate* Différé / *Deferred*
 -> envoi différé, conservation avant l'envoi / *If deferred, storage before shipment at:* +4°C -20°C -80°C
 Prélèvement centrifugé / *Centrifuged sample:* No Yes
 Protéïnorachie / *Proteinorachia:* g/l Cellules / *Cells:*

Resultat du test 14.3.3 / Result of 14.3.3. test

Positif / *Positive* Négatif / *Negative* Douteux / *Doubtful*

Numéro d'identification du cas / (attribué par l'unité 360 de l'INSERM si test positif ou patient de - de 55 ans/
Clinical cas identification no delivered by the unit 360 of INSERM if test positive or patient aged under 55)