



Fiche de données cliniques : MYASTHENIES SERONEGATIVES

Dr P.DEVIC (04 78 86 17 91), Dr P.PETIOT, Dr T.SIMONET, Pr L.SCHAEFFER

Nom usuel : _____	Médecin référent : _____
Nom de naissance : _____	Centre préleveur : _____
Prénom : _____	Téléphone : _____
Date de Naissance : _____	
Sexe : _____	

Date de début des symptômes : _____

MYASTHENIE OCULAIRE : OUI NON

MYASTHENIE GENERALISEE :

- Signes oculaires : OUI NON
- Signes bulbaires : OUI NON
- Signes squelettiques : OUI NON
- Osserman : _____ / 100

EMG :

- Décrément aux stimulations répétitives : OUI NON
- Fibre unique : OUI NON NON FAIT

ANTICORPS :

- AntiRach : OUI NON NON FAIT
- AntiMusk : OUI NON NON FAIT

THYMOME : OUI NON

TRAITEMENTS :

- Anticholinestérasiques => efficaces : OUI NON NON FAIT
- Immunosuppresseurs (dont corticoïdes) => efficaces : OUI NON NON FAIT
- Traitements immunosuppresseurs/immunomodulateurs antérieurs :

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE MULTI SITES du CHU de LYON
CENTRE de BIOLOGIE et PATHOLOGIE EST - 59, boulevard Pinel 69677 BRON Cedex France
CENTRE DE BIOTECHNOLOGIE CELLULAIRE et BIOTHEQUE

Pr SCHAEFFER

Tel : 04 72 12 96 99 – Fax : 04 72 12 97 10
Dr Isabelle ROUVET – Clémence ESCOFFIER

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je, soussigné, _____ (nom des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale si enfant mineur)

ai donné mon accord pour la réalisation du (ou des) prélèvements et la production de matériels biologiques dérivés y compris génétiques qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie

dont je souffre* / dont souffre * : _____ et dont je suis : les parents ou titulaire le de l'autorité parentale*/tuteur*/ayant-droit*

(*rayer la mention inutile et compléter la mention nécessaire)

NOM	OU	Etiquette patient
Prénom		
Date de naissance		

Ce(s) prélèvement(s) et ses dérivés ont été et/ou seront conservés sauf contrordre de ma part.

Je suis conscient que ce(s) prélèvement(s) peu(ven)t être d'un intérêt potentiel majeur pour la recherche scientifique et aider à la mise au point de solutions thérapeutiques , je

donne mon accord pour que ce prélèvement et/ou ses dérivés, non utilisés à visée sanitaire et après anonymisation, soit à la disposition de la communauté scientifique à des fins de recherche scientifique et médicale.

m'oppose à ce que ce prélèvement et/ou ses dérivés, non utilisés à visée sanitaire et après anonymisation, soit à la disposition de la communauté scientifique à des fins de recherche scientifique et médicale.

J'ai été informé(e) par :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et de sa finalité

Je souhaite que les résultats de l'analyse soient transmis au médecin suivant :

Docteur..... A.....

Fait à.....le.....

Signature (s) (des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale, si enfant mineur)