
DOSAGE D'ANTICORPS ANTI-CANAUX CALCIQUES

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe :
Date du prélèvement : Eventuellement taux d'IgG :

Renseignements concernant le malade :

Syndrome myasthénique Lambert-Eaton :

Suspecté depuis combien de temps :

Signes cliniques caractéristiques : oui non

Electromyogramme - Fait oui non - Caractéristique oui non

Commentaires :.....
.....
.....

Autre syndrome – Lequel ?

Traitement : 3,4 AP oui non depuis ?
IVIg oui non depuis ?
Plasmaphérèse oui non date ?
Autre

Présence d'un cancer à petites cellules oui non

Autres type de tumeur :

Si oui, la tumeur est détectée depuis quand :

Traitement : Chimiothérapie oui non
Radiothérapie oui non
Exérèse oui non

Résultats à adresser au Dr

Adresse

Tél : Fax : e-mail :

OBLIGATOIRE : Le bon de commande est à envoyer à l'INSERM, UMR 641, Faculté de Médecine Secteur Nord, Bd Pierre Dramard 13344 Marseille Cedex 15. Il doit être signé par le responsable des Sces Economiques et le prix de 110 euros doit être indiqué.