



Fiche à remplir pour toute demande de

## Dosage d'anticorps anti-gangliosides

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Nom du prescripteur : .....

Service : .....

Date de début des symptômes : .....

**Neuropathie :**

- sensitive  
 motrice

**EMG :**

- oui  
 non

Résultat : .....

**Notion d'infection virale ou bactérienne :**

- oui  
 non

Précisions : .....

**Atteinte des nerfs crâniens :**

- oui  
 non

Précisions : .....

**Dysglobulinémie :**

- oui  
 non

Précisions : .....

**Gangliosides :**

- GM1  
 GD1a  
 GD1b  
 GT1b  
 GQ1b  
 GM2

**Diagnostic suspecté** : .....

.....

.....