GROUPEMENT HOSPITALIER EST
Hôpital Pierre Wertheimer
CENTRE DE REFERENCE DES SYNDROMES NEUROLOGIQUES PARANEOPLASIQUES
59 boulevard Pinel
69677 Bron cedex
France

N° FINESS : 690784178

Hospices Civils de Lyon

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-NEURONAUX

Attention adresse d'envoi en bas de page

ETIQUETTE PATIENT

Il est IMPERATIF de joindre l'histoire clinique du patient à toute demande

** 250µL de LCR = 5 gouttes

Trouble neurologique	Anticorps		Prélèvement nécessaire		
Neuropathie sensitive Atteinte périphérique	☐	Anti-HU*	**1 tube de sérum** (minimum 1 ml)		
	☐	Anti-CV2*			
Syndrome cérébelleux	☐	Anti-HU*	**1 tube de sérum** (minimum 1 ml)	OU	**1 tube de LCR** (250µl minimum** par test)
	☐	Anti-CV2*			
	☐	Anti-YO*			
	☐	Anti-RI*			
	☐	Anti-MA1/MA2*			
	☐	Anti-Amphiphysine*			
	☐	Anti-GAD			
	☐	Anti-DNER* (Tr)			
	☐	Anti-Neuropile	Pas d'analyse sur serum		**1 tube de LCR** (250µl minimum** par test)
		☐ Anti-mGluR1			
Syndrome de Morvan	☐	Anti-CASPR2	**1 tube de sérum** (minimum 1 ml)	**ET** ⚠	**LCR** 250µl minimum**
Encéphalite limbique Et autres encéphalites	☐	Anti-HU*	**Sérum** (minimum 1 ml de sérum)	OU	**LCR** 250µl minimum**
	☐	Anti-CV2*			
	☐	Anti-MA1/MA2*			
	☐	Anti-GAD			
	☐	Anti-AK5	Pas d'analyse sur serum		**1 tube de LCR** (250µl minimum** par test)
	☐	Anti-Neuropile			
		☐ Anti-NMDAr			
		☐ Anti-AMPAr			
		☐ Anti-DPPX			
		☐ Anti-GlyR			
		☐ Anti-mGluR5			
		☐ Anti-$GABA_B$r	**1 tube de sérum** (minimum 1 ml)	**ET** ⚠	**1 tube de LCR** (250µl minimum** par test
		☐ Anti-$GABA_A$r			
		☐ Anti-Iglon5			
		☐ Anti-LGI1			
		☐ Anti-CASPR2			
	☐	Anti-GFAP			
Rétinopathie	☐	Anti-Recoverine	**1 tube de sérum** (minimum 1 ml)	OU	**LCR** 250µl minimum**

Pour tout autre anticorps antineuronal, demander au centre de référence au 0472355840/42

ADRESSE D'ENVOI DES PRELEVEMENTS	**CONDITIONS DE TRANSPORT**
Laboratoire d'auto-immunité Dr Nicole Fabien Centre Hospitalier Lyon-Sud 69495 Pierre-Bénite Cedex Fax : 04 78 86 66 54	*Serum et LCR* Acheminement à température ambiante dans un délai de 2 jours, Acheminement à température réfrigérée dans un délai de 14 jours.
FACTURATION Chaque test est coté BHN 300 *Sauf HU, RI, YO, CV2, MA1/MA2, Amphiphysine et DNER réalisés en Dot-Blot (1 seul test facturé BHN 300)	**DELAI DE REALISATION DE L'ANALYSE** Variable selon le test demandé, de 2 à 4 semaines.

POUR TOUT AJOUT D'ANALYSE → FAXER CE DOCUMENT COMPLETE ET LE FORMULAIRE « DEMANDE ANALYSE POUR EXTERIEURS » AU 04 78 86 66 54