

<b>Centre de Référence Neuromusculaire</b>  	Version : 1	 
	Date de mise en application : 06/06/2018	
	Page 1 sur 2	
<b>Demande de biopsie musculaire</b>		

HEURE DE PRELEVEMENT	HEURE DE CONGELATION
__ : __	__ : __

**Identité Patient :**

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : __ / __ / ____ Age : __ Sexe : M/F Adresse : _____ _____ N° de téléphone : _____ N° de dossier/code : _____ Hôpital de référence : _____	Hôpital de référence : _____ Médecin prescripteur : _____ N° de téléphone du prescripteur : _____ _____ Qualification du médecin de référence : _____ _____ Institution où a eu lieu la biopsie : _____ _____ Date du prélèvement : __ / __ / 20 __ N° de biopsie : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cachet du prescripteur :          Signature du prescripteur :
---------------------------------------------------------------------------------------------

**Type de Prélèvement :**       muscle                               nerf                               les deux

**Site de la biopsie :**  libre appréciation    biceps    quadriceps    deltoïde    autre \_\_\_\_\_

**Latéralité à prélever :** Gauche/Droite

Suspicion de cytopathie mitochondriale ( ! **procédure spéciale : toujours contacter le Dr Remiche au préalable** ) :               oui                               non

Brève justification du choix du site de biopsie : \_\_\_\_\_

**Précautions :**

- Pour toute biopsie le patient doit être en possession d'un ECG récent (< 6 mois) et de résultats de prise de sang incluant au moins un hémogramme et une coagulation (< 2 mois)
- Pas de prise d'antiagrégant depuis 8 jours
- Pas de prise d'anticoagulant.
- Pour biopsies musculaires : pas d'EMG ou d'injection dans le muscle biopsié au moins un mois avant biopsie
- Pas de rhabdomyolyse dans les trois mois précédant la biopsie (dans le cas inverse le préciser !)
- Pour les biopsies nerveuses : le patient a-t-il accepté la possibilité de séquelle sensitive post-biopsie.

**Contact :**

**Centre de Référence Neuromusculaire, Hôpital Erasme –  
808, route de Lennik – 1070 Bruxelles  
Tel : +32-2-555. 33.60 (81.25) - Fax : +32-2-555.39.42  
e-mail : [gauthier.remiche@erasme.ulb.ac.be](mailto:gauthier.remiche@erasme.ulb.ac.be)**

