

## DONNÉES ADMINISTRATIVES

Date de la demande :

Identification du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Hospitalisé (*coller étiquette patient*)

Soins externes

Indiquer adresse du patient :

Numéro de Sécurité Sociale :

Identification du prescripteur et correspondants :

Préleveur (indiquer Hôpital/service) :

Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Autres médecins destinataires :

Adresse :

Téléphone :

## BILAN MINIMUM AVANT LA BIOPSIE MUSCULAIRE

Antécédents :

Familiaux :

Notion de consanguinité

Personnels :

Autres biopsies musculaires :

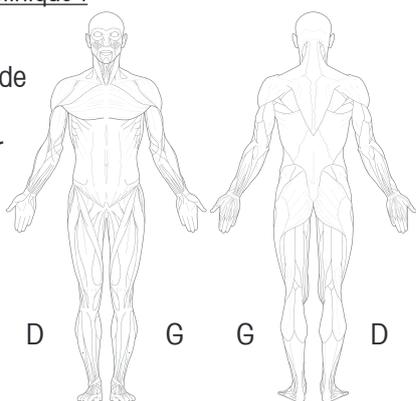
### CLINIQUE

*Griser ou flécher les zones*

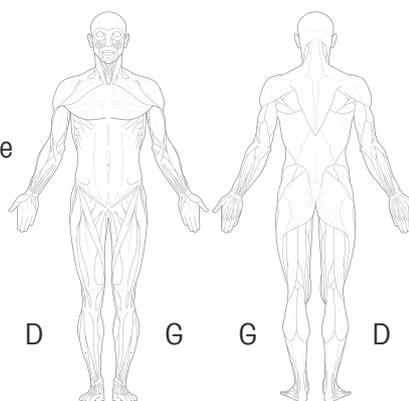
Anamnèse :

Examen clinique :

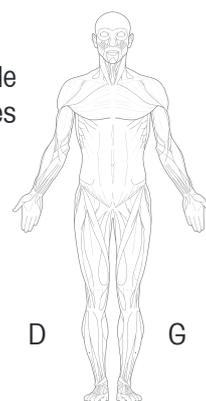
• Zones de déficit moteur



• Zones d'atrophie musculaire



• Zones de myalgies



### ÉVALUATION BIOLOGIQUE

Bilan de coagulation

Enzymes musculaires : CPK/ Aldolases

Bio inflammatoire /AC circulants

Activité maltase acide (maladie de Pompe) :

### ANALYSES GÉNÉTIQUES

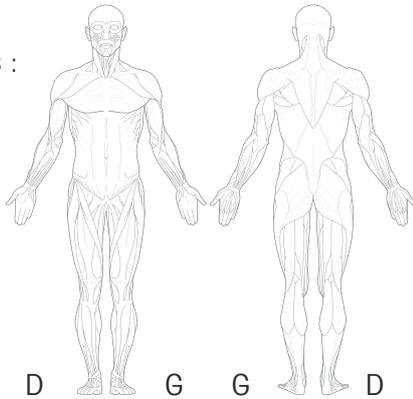
# BILAN MINIMUM AVANT LA BIOPSIE MUSCULAIRE (suite)

## EXPLORATION FONCTIONNELLE - EMG

Griser ou flécher les zones

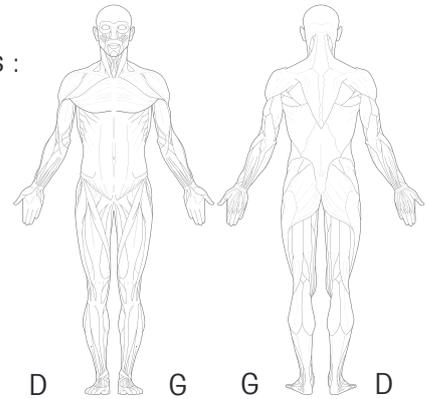
Date de réalisation :

• Activités neurogènes :



- fasciculations
- ROT anormaux

• Activités myogènes :

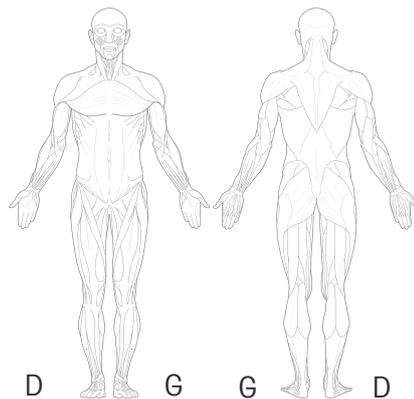


- myotonie
- autres activités

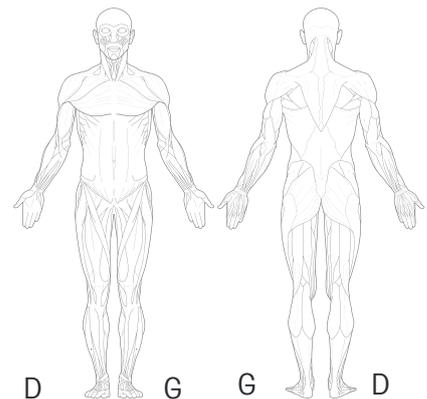
## IMAGERIE

- SCANNER
- IRM

• Les zones de dégénérescence musculaire :



• Les zones d'inflammation :



## ÉLÉMENTS DE LA DEMANDE

Pathologies suspectées :

Traitements en cours :

Muscle biopsié / à biopser (suggestion) :

## COMMENTAIRES