

 CHU U V C B R U G M A N N	Service d'Anatomie Pathologique	FORMULAIRE	
	Demande d'une biopsie neuromusculaire		
Fichier : IN-NEURO-002		Version : 04	
Date de mise en application : 24/09/2024		Page 1/2	
Rédacteur : Dr. S. Lecomte		Vérificateur : J.-Y. Bonnet	Approbateur : Dr. V. Segers


DEMANDE D'EXAMEN D'UNE BIOPSIE NEUROMUSCULAIRE	
Patient	Médecin Prescripteur
Nom : Prénom : Sexe: M / F Date de naissance : __ / __ / ____ Adresse:	Cachet + signature
Mutuelle : <div style="text-align: center; color: purple; font-style: italic;">ETIQUETTE / ETIKET</div>	Chirurgien
	Cachet + signature

BIOPSIE MUSCULAIRE

Précautions à prendre	TAILLE DE BIOPSIE (minimum 12x5x5 mm)
	Le muscle ne devrait pas avoir été le site d'une injection ou d'un EMG dans le mois qui précède la biopsie.
	En présence de Rhabdomyolyse, éviter la biopsie endéans les trois mois.
	Convenir au préalable d'une date de prélèvement avec le service d'Anatomie Pathologique du CHU-Brugmann

Contact Service anatomie pathologique du CHU-Brugmann		
Service d'Anatomie-Pathologique (CHU-BRUGMANN site Horta):		
→ M. J-Y. BONNET	02.477.20.55	Jean-yves.BONNET@chu-brugmann.be
→ M. A. BOUYSANTIMAN	02.477.21.03	Abderahmane.BOUYSANTIMAN@chu-brugmann.be
→ Dr. S. LECOMTE	02.477.28.63	Sophie.LECOMTE@chu-brugmann.be
→ Secrétariat	02.477.25.56	secretariat.anatomie.pathologique@chu-brugmann.be

INSTRUCTIONS POUR LE PRÉLÈVEMENT	
NE PAS FIXER LE PRELEVEMENT => transfert à frais	
Envelopper le prélèvement dans une gaze humidifiée au sérum physiologique	
→ Attention: Ne PAS immerger le prélèvement dans le sérum physiologique (cela crée des artéfacts)	
Placer le tout dans un pot stérile	
Identifier le pot stérile avec le nom du patient ou une étiquette	
Transport sur glace dans un récipient adapté PAS DE CARBOGLACE (cela crée des artéfacts)	
Veiller à ce que le prélèvement ne soit pas en contact direct avec la glace	
Compléter la demande ci-dessous et la joindre récipient de transport	
Transport via taxi direct à l'adresse ci-dessous	
Service d'Anatomie Pathologique, CHU-Brugmann (Horta); Place Arthur van Gehuchten 4 1020 Bruxelles	N. B. : Le service d'Anatomie Pathologique n'est pas le centre de tri. Remettre le coli à quelqu'un du service d'Anatomie Pathologique.
! ATTENTION :	Le prélèvement devrait arriver dans le service d'Anatomie Pathologique au plus tard à 16h. Le prélèvement devrait arriver en dans le service d'anatomie pathologique endéans les 2h à dater du prélèvement. Toute autre délai ou horaire DOIT être signalé ET convenu au préalable : une adaptation de la procédure sera alors éventuellement demandée.

 Service d'Anatomie Pathologique	FORMULAIRE	
	Demande d'une biopsie neuromusculaire	
Fichier : IN-NEURO-002	Version : 04	
Date de mise en application : 24/09/2024	Page 2/2	
Rédacteur : Dr. S. Lecomte	Vérificateur : J.-Y. Bonnet	Approbateur : Dr. V. Segers

Date du prélèvement : __ / __ / 20__	Site de biopsie : <input type="checkbox"/> Biceps <input type="checkbox"/> Quadriceps <input type="checkbox"/> Deltoïde <input type="checkbox"/> Autre:.....
Heure de prélèvement : __ h __	Latéralité : <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit
Heure de l'arrivée au Service AnaPath (Brugmann) : __ h __	Choix du site (Justification)
Données Cliniques du Patient:	
Histoire familiale : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, développez	
Suspicion de cytopathie mitochondriale : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, développez	
Symptomatologie « métabolique » : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ignoré <input type="checkbox"/> oui, symptômes :	
Symptomatologie inflammatoire : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, symptômes et sérologies :	
Autre symptomatologie : <input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> myoglobulinurie <input type="checkbox"/> crampes <input type="checkbox"/> myalgies <input type="checkbox"/> fatigabilité anormale <input type="checkbox"/> autre :	
Informations complémentaires :	
<input type="checkbox"/> CPK : (norme laboratoire :)	
<input type="checkbox"/> Fonction thyroïdienne : (norme laboratoire :)	
<input type="checkbox"/> Prise de statine (molécule(s) – durée – arrêt) :	
<input type="checkbox"/> Contexte infectieux : microorganisme :	
<input type="checkbox"/> Toxiques (molécule(s) – durée – arrêt):	
Examens complémentaires :	
<input type="checkbox"/> EMG : résultat :	
<input type="checkbox"/> Autre :	
Autre informations cliniques :	
Examen neurologique :	
Suspicion clinique	
Questions spécifiques	
DEMANDES PARTICULIERES	
Sur biopsie neuromusculaire :	
« Métabolique »	Pattern dystrophique
<input type="checkbox"/> Myophosphorylase	<input type="checkbox"/> Cavéoline 3 <input type="checkbox"/> Dysferline <input type="checkbox"/> Dystrophine (1, 2, 3)
<input type="checkbox"/> Myoadénylate déaminase	<input type="checkbox"/> Collagène de type VI <input type="checkbox"/> Mérosine <input type="checkbox"/> Dystroglycan (α, β)
<input type="checkbox"/> Phosphofructokinase	<input type="checkbox"/> Desmine <input type="checkbox"/> Spectrine <input type="checkbox"/> Sarcoglycan (α, β, γ, δ)
Inflammatoire	Autres
<input type="checkbox"/> CD45 <input type="checkbox"/> CD68 <input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> HLA I	
<input type="checkbox"/> CD20 <input type="checkbox"/> CD3 <input type="checkbox"/> CD8 <input type="checkbox"/> HLA II	
Demande d'Examens Spécifique(s) laboratoire sous traitant	
<input type="checkbox"/> +1 fragment (6x5x5 mm) Dosage Enzymes Oxydatives (mitochondriale) GAND	
<input type="checkbox"/> +1 fragment (6x5x5 mm) ADN Mitochondriale / Génétique moléculaire AZ-VUB	
<input type="checkbox"/> +1 fragment (6x5x5 mm) Western Blot UCL	
<input type="checkbox"/> +1 fragment (6x5x5 mm) Autre(s):	
A noter qu'une demande spécifique existe pour chacun de ces examens et doit impérativement nous parvenir en même temps que les prélèvements pour une prise en charge optimale.	