



DIAGNÓSTICOS DO BRASIL

RQ 0504 - PROTEÍNA 14.3.3, LCR MARCADORES DA DOENÇA DE CREUTZFELTD QUESTIONÁRIO CLÍNICO

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Informações do paciente

Nome completo do paciente: _____

Sexo: Masc Fem Data de nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano) ID do paciente: _____

Tipo de amostra: LCR CONGELADO

Data/Hora coleta: ____/____/____ : ____ horas.

Dados do solicitante

Médico solicitante : _____

Endereço: _____

Tel/Fax: _____

E-mail: _____

Dados do clínicos (dados completos do paciente permitem a interpretação completa dos resultados)

Data dos primeiros sintomas: ____/____/____

- 01 - Mioclonia Não Sim
- 02 - Síndrome Cognitiva ou Demência Recente Não Sim
- 03 - Síndrome Cerebral e/ou Ataxia Não Sim
- 04 - Sintomas Visuais Não Sim
- 05 - Síndrome Piramidal..... Não Sim
- 06 - Mutismo Acinético Não Sim
- 07 - Sintomas Psiquiátricas Nos Últimos 3 meses Não Sim
- 08 - Dor Generalizada Não Sim

EGG: Normal Devagar Pseudo-Periódico Periódico Não realizado

Especifique os sintomas observados e a razão para prescrição do teste (citar isofocalização de líquido, eletroforese de proteínas e resultados de ressonância magnética):
