

 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 : 05	
Date de mise en application : 16/05/25		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 Numéro de contact :
Mutuelle : ETIQUETTE / ETIKET	Chirurgien Cachet + signature Numéro de contact

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):		
➔ neuromusculaire.anapath@chu-brugmann.be		
➔ 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 <u>n'est pas</u> 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 <u>au plus tard à 16h.</u> Le prélèvement devrait arriver en dans le service d'anatomie pathologique <u>endéans les 2h à dater du prélèvement.</u> Toute autre délai ou horaire DOIT être signalé ET convenu au préalable : une adaptation de la procédure sera alors éventuellement demandée.	

 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 : 05		
Date de mise en application : 16/05/25		Page 2/2		
Rédacteur : Dr. S. Lecomte		Vérificateur : J.-Y. Bonnet		Approbateur : Dr. V. Segers

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