

FORMULAIRE EN VUE D'UNE PREMIERE CONSULTATION CRMN

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
TELEPHONE	
SITE préféré (sera également attribué en fonction de la pathologie du patient et des disponibilités médicales).	☐ Citadelle Liège ☐ CHU Sart-Tilman
MOTIF <i>Entourez le motif approprié</i>	1. Motoneuronopathie 2. CIDP/neuropathie évolutive 3. Neuropathie chronique/héréditaire 4. Myasthénie 5. Myopathie (élévation CPK, myalgie, intolérance à l'effort) -aigüe <1 an -chronique > 1 an 6. Autre :
HISTOIRE DE LA MALADIE	
HISTOIRE FAMILIALE ?	

ANTECEDENTS MEDICAUX /CHIRURGICAUX		
LISTE DES MEDICAMENTS		
EXAMENS PRECEDENTS <i>-Veuillez entourer « OUI » ou « NON » selon que l'examen ait été réalisé précédemment</i> <u>-Veuillez joindre une copie des résultats</u>		
Prise de sang en lien avec les symptômes	OUI	NON
ENMG	OUI	NON
Ponction lombaire	OUI	NON
IRM/CT scan	OUI	NON
Biopsie	OUI	NON
Analyse génétique	OUI	NON

Ce document est à transmettre au secrétariat du centre : secretariat.crmn@citadelle.be

Cachet + Signature du médecin

Numéro de contact du médecin