

Pathologie

**Klinische Informationen zu
Muskel-/Nervenbiopsien**

Universitätsspital Basel
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 31 94



Name, Vorname, Ledigename		Geb.-Datum TT MM JJ □ □ □ □ □ □			Geschlecht M W □ □	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)						
<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant		Pat.-ID:		Fall-Nr.:
<input type="checkbox"/> 3. Kl <input type="checkbox"/> 2. Kl <input type="checkbox"/> 1. Kl		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV		Kr.K-Nr.:
Datum der Entnahme:				Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital ↓		
Entnahme: <input type="checkbox"/> N. suralis <input type="checkbox"/> N. peroneus superficialis <input type="checkbox"/> M. peroneus <input type="checkbox"/> M. quadriceps femoris <input type="checkbox"/> M. deltoideus <input type="checkbox"/> Muskel, andere: <input type="checkbox"/> Nerv, andere:						
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr):						
Kopie(n) an:				Abteilung:		
.....				Piepser-Nummer:		

Klinik	<input type="checkbox"/> akut (Tage-Wochen)	<input type="checkbox"/> subakut (Wo-Mt)	<input type="checkbox"/> chronisch (Mt-Jahre)
	<input type="checkbox"/> progressiv	<input type="checkbox"/> gleichbleibend	
	<input type="checkbox"/> Myopathie	<input type="checkbox"/> Neuropathie	
	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch	<input type="checkbox"/> Hirnnervenbeteiligung
	<input type="checkbox"/> motorisch	<input type="checkbox"/> sensibel	<input type="checkbox"/> sensomotorisch
	<input type="checkbox"/> proximal	<input type="checkbox"/> distal	<input type="checkbox"/> diffus
	<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> schmerzlos	<input type="checkbox"/> anstrengungsabhängig
	Atrophien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Familienanamnese: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		

ENMG	<input type="checkbox"/> myopathisch	<input type="checkbox"/> demyelinisierend
-------------	--------------------------------------	---

Labor	<input type="checkbox"/> CK-Erhöhung	<input type="checkbox"/> Myoglobininurie	<input type="checkbox"/> pathol. Lactat Ischämie-Test
	Liquorprotein:	Zellzahl:	Auto-AK: <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> ANCA <input type="checkbox"/> ds-DNA

Klinische Differenzialdiagnose	<input type="checkbox"/> Polymyositis	<input type="checkbox"/> Einschlusskörperchenmyositis
	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie	<input type="checkbox"/> Motoneuronkrankung
	<input type="checkbox"/> Mitochondriopathie	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel-/ <input type="checkbox"/> Glykogenstoffwechselstörung
	<input type="checkbox"/> Vaskulitis	<input type="checkbox"/> Granulomatose
	<input type="checkbox"/> CIDP	<input type="checkbox"/> Amyloidose <input type="checkbox"/> metabolisch/toxisch

Therapie	<input type="checkbox"/> Steroide seit:	<input type="checkbox"/> Zytostatika seit:	<input type="checkbox"/> IVIG seit:	<input type="checkbox"/> Statine seit:
-----------------	---	--	---	--

Besonderheiten

.....

.....

.....