Zentrum für Pathologie und Rechtsmedizin

Institut für
Neuropathologie

Universitätsklinikum des Saarlandes

Direktor: Prof. Dr. med. Walter J. Schulz-Schaeffer

Barcode
Neuropathologie

Patientenname: ----------

Geb.-Datum: ----------

Einsender: ----------

Station: **Stationsarzt/-ärztin (Piepser):**

Fax-Nr.: **Arzt/Ärztin Muskelambulanz (Piepser):**

Entnahmeort: **Termin der Biopsie:**

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Besondere **Infektionsgefahr** bekannt (Tbc, Hepatitis o.ä)?

Klinik:

Myalgien	O
Kraftminderun	O
Paresen	O
Plegien	O

Verteilungsmuster:

Symmetrisch	O
Asymmetrisch	O
Proximal	O
Distal	O
Obere Extrem.	O
Unt. Extrem.	O
Fazial	O

Weitere:

Familienanamnese:

Labor:

CK-Wert: Laktat:

Nachweis Autoantikörper:

Pathologischer Laktatergometrietest **O** Pathologischer Laktatischämietest **O**

EMG:

Myopathisch	O	andere:
Neurogen	O	
Myotoniezeichen	O	

NLG:

Verminderte Amplitudenhöhe	O
Verminderte Leitungsgeschwindigkeit	O
Leitungsblock	O

MRT: **Muskelsonografie:**