



Hôpital Robert Debré
Biochimie Métabolique

FEUILLE DE PRESCRIPTION : Biochimie Métabolique

Service de Biochimie Métabolique
Dr. Jean François BENOIST
Point Jaune – Bâtiment écran niveau +1
Tél : 01 40 03 20 00 (Poste : 3552) - Fax : 01 40 03 47 90
URGENT OUI NON

Service demandeur :
N° téléphone :
Nom prescripteur :
Signature du prescripteur :
Date et heure du prélèvement :

Pour les conditions de prélèvement et d'acheminement au laboratoire se conforter obligatoirement au catalogue des analyses

Etiquette patient

Cadre réservé au laboratoire

N° informatique

REGIME :

TRAITEMENTS :

En cas de recherche orientée, veuillez préciser

- Suivi de maladie métabolique connue.....
- ATCD familial de maladie métabolique connue.....
- Recherche orientée vers une maladie particulière (préciser) :
.....

En cas de recherche non orientée, veuillez préciser

1° Développement psychomoteur

- Retard mental Sévère Modéré Léger Non évalué
- Retard moteur
- Régression du développement à un âge donné (préciser l'âge) :
- Retard présent dès les premiers mois ou jours de vie

2° Croissance

Retard de croissance (< - 2 DS, - 2 DS, - 1 DS) :

3° Signes d'appels

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique | <input type="checkbox"/> Convulsion | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Surdité |
| <input type="checkbox"/> Atteinte Hépatique | <input type="checkbox"/> Cytolyse | <input type="checkbox"/> Hépatomégalie | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte Rénale | <input type="checkbox"/> Lithiase | <input type="checkbox"/> Tubulopathie | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte Cutan e | <input type="checkbox"/> K ratose | <input type="checkbox"/> Hyperlaxit  | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte Oculaire | <input type="checkbox"/> Corn enne | <input type="checkbox"/> R tinite Pigmentaire | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte Cardio-Vasculaire | <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> Thrombose | |
| <input type="checkbox"/> Troubles Digestifs..... | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Anorexie | |
| <input type="checkbox"/> Troubles Du Comportement | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Autisme | |
| <input type="checkbox"/> Divers | <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Dismorphie Faciale | |
| <input type="checkbox"/> Signes D'appels Biologiques | <input type="checkbox"/> Hyperlactacid mie | <input type="checkbox"/> Hyperammoniémie | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Histoire Familiale | <input type="checkbox"/> Consanguinité | <input type="checkbox"/> Décès Dans La Fratrie | |

4° Autres signes cliniques et/ou biologiques qui ont justifiés cette analyse :