



**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"/> Surdit       |
| <input type="checkbox"/> Atteinte H patique .....          | <input type="checkbox"/> Cytolyse          | <input type="checkbox"/> H patom galie         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Atteinte R nale .....             | <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"/> Agressivit        | <input type="checkbox"/> Autisme               |                                       |
| <input type="checkbox"/> Divers .....                      | <input type="checkbox"/> Myopathie         | <input type="checkbox"/> Dysmorphie Faciale    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Signes D'appels Biologiques ..... | <input type="checkbox"/> Hyperlactacid mie | <input type="checkbox"/> Hyperammoni mie       | <input type="checkbox"/> Hypoglyc mie |
| <input type="checkbox"/> Histoire Familiale .....          | <input type="checkbox"/> Consanguinit      | <input type="checkbox"/> D c s Dans La Fratrie |                                       |

**4° Autres signes cliniques et/ou biologiques qui ont justifi s cette analyse :**