



Professeur Daniel Ricquier

Hôpital Necker-Enfants Malades

Porte L1- Tour LAVOISIER- 4e étage

149, rue de Sèvres 75743 PARIS Cedex 15

Réception des examens du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 08h30 à 16h45. Tél réception +33 1 44 49 58 58, secrétariat +33 1 44 49 51 32, Télécopie : +33 1 44 49 51 30

DEMANDE D'EXAMEN BIOLOGIQUE

Pour les établissements demandeurs hors AP-HP transmettre cette feuille accompagnée d'un bon de commande validé par un service économique.

PATIENT (Étiquette GILDA)	DEMANDEUR	PRELEVEMENT
NOM :	Prescripteur :	DATE : .. / .. / ..
Prénom :	Téléphone :	Heure : .. : ..
Date de naissance : .. / .. / ..	SERVICE, Hôpital (étiquette UA) :	PRELEVEUR
Sexe : M F Poids : Taille :	Adresse :	Prénom :
	.....	Nom :
	

Divers

Biotinidase

VOIR AU VERSO :
Conditions de prélèvement

Données cliniques à compléter impérativement

ATTENTION
*en l'absence de renseignements cliniques,
les résultats ne pourront pas être interprétés*

FEUILLE DE DEMANDE DISPONIBLE SUR LE SITE INTRANET DE L'HOPITAL NECKER, RUBRIQUE FORMULAIRES, ou copiez le lien suivant dans votre navigateur: <http://ged.nck.ap-hop-paris.fr/browse.php?sess=0&parent=137&expand=1> (intranet uniquement) la demande peut aussi être faite par courriel à : secretariat.biob@nck.aphp.fr, notamment pour les correspondants extérieurs

Renseignements cliniques indispensables :

Installation des symptômes (progressive/brutale) :

	OUI	NON	Non déterminé		OUI	NON	Non déterminé
Consanguinité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysmorphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalie des cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysplasie squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthropathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalie de la pigmentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Photosensibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard de croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signes biologiques :			
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance hépato-cellulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidose métabolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cétose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperammoniémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperlactacidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmes en flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hyperglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypo ou hyperuricémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucodystrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Néphropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myocardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enzymes musculaires :	...	...	...
				Hémostase :	...	...	...
				Transaminases ...	...	...	...

Préciser succinctement le but de la demande :

.....

TRAITEMENT : (indiquer le traitement dans sa totalité avec les doses administrées et les horaires de prise)

.....

REGIME : (préciser l'apport protéique et calorique)

.....