



BILAN BIOLOGIQUE PROTOXYDE D'AZOTE



Ce formulaire doit être renseigné par le prescripteur et joint avec les échantillons.

PATIENT RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

NOM DE NAISSANCE : **PRENOM :**
NOM USUEL : **SEXE :** **DATE DE NAISSANCE :** / /

<u>Prescripteur</u>	<u>Etiquette CIRUS formulaire :</u>	<u>Date d'arrivée au laboratoire :</u> (Cadre réservé au laboratoire)
Nom du médecin :		
UF : TSI :		

CONSOMMATION :

Date de la dernière consommation* : / /

Estimation de la consommation en protoxyde d'azote : Capsule(s) : /jour Bonbonne(s) : /jour

Date estimée du début de la consommation chronique : / /

Habitudes de consommation : Seul En groupe Les deux
 En cours Arrêtée

Si arrêt estimation de la dernière consommation* : 1 jour 2-5 jours > 5 jours

SIGNES CLINIQUES :

<input type="checkbox"/> <u>Troubles de la marche - Score PND* :</u> <input type="checkbox"/> I - Troubles sensitifs distaux, capacité de marche préservée <input type="checkbox"/> II- Difficultés à la marche mais s'effectue sans aide <input type="checkbox"/> IIIa- Marche avec une aide <input type="checkbox"/> IIIb- Marche avec deux aides <input type="checkbox"/> IV- Patient confiné au fauteuil roulant ou alité	<input type="checkbox"/> Paresthésies <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile <input type="checkbox"/> Accident thromboembolique
---	--

Troubles psychiatriques :
 Troubles de la vigilance Agitation Hallucinations Autres :

Autres :

EXAMEN(S) RÉALISÉ(S) :

Aucun EMG IRM Autres :
 Anomalie(s) mise(s) en évidence :

DIVERS :

Patient actuellement sous vitamine B12* : OUI NON

Automédication vitaminique
 Insuffisance rénale Trouble hépatique Hypothyroïdie Autres :
 Traitement chronique :

Autres toxiques : Alcool Tabac
 Autres toxiques (cannabis, ...) :

Un contrôle avec la totalité de ces paramètres doit être réalisé :

- Avant la sortie du patient (même si les premiers résultats n'ont pas été récupérés) ;
- 4 semaines après le début de la supplémentation vitaminique.

La prescription du bilan « PROTAZOTE » dans CIRUS permet d'obtenir la prescription médicale pour le suivi :

- 4 semaines après au Centre de Prélèvements - Rez de chaussée Ouest - Hôpital Calmette - ☎ 03.62.94.36.18