**Service de BIOCHIMIE METABOLIQUE**

**Professeur Jean-François BENOIST 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** (Etiquette GILDA) NOM : . . . . . . . . . . . . .

Prénom : . . . . . . . . . . . . Date de naissance : . . / . . / . .

Sexe : M F Poids : . . . . Taille : . . . .

**DEMANDEUR** Prescripteur : …………………………………. Téléphone : . . . . . .

SERVICE, Hôpital (étiquette UA) :

……………………………………. Adresse : …………………………

…………………………………….

…………………………………….

**PRELEVEMENT**

DATE : . . / . . / . .

Heure : . . : . .

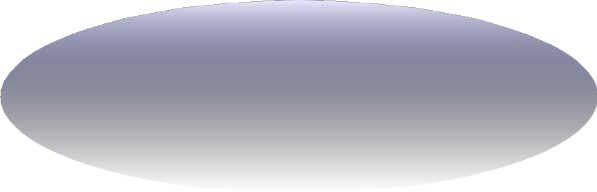
**PRELEVEUR**

Prénom :

Nom :

**Dosage** acide méthylmalonique plasmatique

**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&exp](http://ged.nck.ap-hop-paris.fr/browse.php?sess=0&amp;amp%3Bparent=137&amp;amp%3Bexpand=1)and=1 (intranet uniquement)

la demande peut aussi être faite par courriel à [: secretariat.biob@nck.aphp.fr,](mailto:secretariat.biob@nck.aphp.fr) notamment pour les correspondants extérieurs

Feuille de demande PREA-V3 - 17/11/2008 **page 1/2**

**Renseignements cliniques indispensables :**

Installation des symptômes (progressive/brutale) : . . . . . . . . . . . . . . .

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

. . . . . . . . . . . . . . ..

Feuille de demande générale **PREA-V3** 17/11/2008 **page 2/2**