

HEMOCHROMATOSE

Renseignements à joindre à l'envoi des prélèvements

Nom :
 Prénom :
 Sexe : F ☐ M ☐
 Date et lieu de naissance :

Adresse :
 Rue :

 Code Postal :
 Ville :
 Tél :

Principaux symptômes et antécédents

H.T.A.	OUI	☐	NON	☐
Diabète	OUI	☐	NON	☐
Dyslipidémie	OUI	☐	NON	☐

.....

Poids :
 Taille :
 Tension artérielle :

Résultats biologiques avant saignées

Fer sérique	(N	)
Transferrine	(N	)
Ferritine sérique	(N	)
Coef. de saturation	(N	)
ASAT (SGOT)	(N	)
ALAT (SGPT)	(N	)
Gamma GT	(N	)
Cholestérolémie	(N	)
Triglycéridémie	(N	)
Glycémie à jeun	(N	)

Nom du prescripteur :
Adresse :
 Rue :

 Code Postal :
 Ville :
 Cachet du Médecin traitant

Le patient a-t-il bénéficié d'une biopsie hépatique ?
 NON ☐
 OUI ☐ ⇒ date, lieu, référence

Le patient a-t-il été traité par saignées ?
 NON ☐
 OUI ☐ ⇒ compléter ci-dessous

.....ml/semaine pendant
ml/15 jours pendant
ml/mois pendant
ml/2 mois pendant
ml/trimestre pendant

Observations personnelles, antécédents familiaux :

