

# PLATEAU TECHNIQUE DE HAUTEPIERRE

PÔLE DE BIOLOGIE

Etiquette SAGAH

Prescripteur (nom / RPPS)

Préleveur (nom, prénom, qualité)



Date et heure de réception au laboratoire

## HTP - Laboratoire de biochimie

Standard : 03 88 1(27541) Fax : 03 88 1(27035)  
 Chef de Service Pr. LESSINGER



: à acheminer impérativement sur glace

Les examens de biochimie spécialisés ne sont pas réalisés en garde mais différés

Date de prélèvement (JJ/MM/AA)

Heure (hh/mm)

- A jeun       Pré-prandial       Post-prandial       Autre :

### BIOCHIMIE SPECIALISEE

SANG 1 tube bouchon gris 1h	SANG 1 tube bouchon violet 1h	URINE 1 tube bouchon beige 1h	LCR 1 tube spécifique à demander au laboratoire
<input type="checkbox"/> Lactate <input type="checkbox"/> Pyruvate <input type="checkbox"/> B-hydroxybutyrate <input type="checkbox"/> Acéto-acétate	<input type="checkbox"/> Homocystéine <b>SANG</b> <b>1 tube bouchon jaune</b> <input type="checkbox"/> CDG syndrome	<input type="checkbox"/> Acides aminés <input type="checkbox"/> Acides organiques <input type="checkbox"/> Acide orotique <input type="checkbox"/> Acide lactique <input type="checkbox"/> Acide méthylmalonique <input type="checkbox"/> Acide 2-méthylcitrique <input type="checkbox"/> Succinylacétone <input type="checkbox"/> Acide pipécolique <input type="checkbox"/> Sulfite	<input type="checkbox"/> Marqueurs des maladies neurodégénératives <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> DCL <input type="checkbox"/> DLFT <input type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> Maladie à prions <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Démence vasculaire <input type="checkbox"/> Autre : .....
SANG 1 tube bouchon vert 1h <input type="checkbox"/> Acides aminés <input type="checkbox"/> Acide pipécolique	LCR 1 tube stérile 1h <input type="checkbox"/> Acides aminés		
SANG 5 tubes bouchon vert 1h <input type="checkbox"/> Vert d'indocyanine	<b>SANG</b> <b>Sur RDV uniquement</b> <b>Téléphonez au laboratoire</b> <input type="checkbox"/> Cystine intraleucocytaire		

### MALADIES METABOLIQUES / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<b>Antécédents - anamnèse</b>		<b>Début des symptômes</b>	
<input type="checkbox"/> Décès dans la fratrie <input type="checkbox"/> Consanguinité familiale		<input type="checkbox"/> Dès la naissance <input type="checkbox"/> En période néonatale <input type="checkbox"/> Plus tard (préciser)	
<b>Signes biologiques</b>			
<input type="checkbox"/> Acidose métabolique <input type="checkbox"/> Cétonurie <input type="checkbox"/> Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Hyperammoniémie <input type="checkbox"/> Hyperlactacidémie <input type="checkbox"/> Anomalies hématologiques <input type="checkbox"/> Hyperprotéinorachie <input type="checkbox"/> Anomalie caryotype <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatocellulaire/cytolyse <input type="checkbox"/> Autre signes (préciser) : .....			
<b>Signes cliniques</b>			
<b>Morphotype</b> <input type="checkbox"/> Hypotrophie <input type="checkbox"/> Dysmorphie faciale <input type="checkbox"/> Aspect marfanoïde <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes cardiovasculaires</b> <input type="checkbox"/> Myocardiopathie hypertrophique/dilatée <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse et/ou artérielle <input type="checkbox"/> Dysplasie valvulaire <input type="checkbox"/> PR court <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes rénaux</b> <input type="checkbox"/> Tubulopathie <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Kystes rénaux <input type="checkbox"/> Lithiase <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes ostéoarticulaires</b> <input type="checkbox"/> Rétraction tendineuse <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Dysostose multiple <input type="checkbox"/> Cyphoscoliose <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
<b>Signes digestifs</b> <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/> Hernie inguinale et/ou ombi. <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes dermatologiques</b> <input type="checkbox"/> Angiokératome, télangiectasies <input type="checkbox"/> Infiltration cutanée <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Anomalie des cheveux <input type="checkbox"/> Nodule périarticulaire <input type="checkbox"/> Mamelons ombiliqués <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes ophtalmologiques</b> <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Luxation du cristallin <input type="checkbox"/> Rétinite pigmentaire <input type="checkbox"/> Tache rouge cerise <input type="checkbox"/> Atrophie optique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....	<b>Signes ORL</b> <input type="checkbox"/> Otite chronique ou à répétition <input type="checkbox"/> Infiltration laryngo-trachéale <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil <input type="checkbox"/> Pneumopathie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
<b>Signes neuromusculaires</b> <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Dyskinésie	<input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Myopathie	<input type="checkbox"/> Macro/microcéphalie <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> Régression psychomotrice	<input type="checkbox"/> Retard psychomoteur <input type="checkbox"/> Troubles conscience <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....

#### Diagnostic suspecté :

- EEG, scanner, IRM, échographie, potentiels évoqués :
- Examens anatomopathologiques :
- Radiographie du squelette :

#### Cadre réservé au laboratoire

- Tube NP :  Vert       Gris       Violet  
 Urine       Jaune       ACD  
 LCR       ALZ
- Autres :  Contenant inadapté  
 Conditions d'acheminements NC