

Formulaire 1

COORDONNATRICE DU CNR WILSON

Dr France WOIMANT
 france.woimant@aphp.fr

Secrétariat

Karine LE BIHAN
 Tél : 01 49 95 65 27 ou 01 49 95 65 52
 Fax : 01 49 95 65 34
 cnr.wilson@lrp.aphp.fr

SERVICE DE NEUROLOGIE

Dr France WOIMANT
 france.woimant@aphp.fr

Dr Aurélia POUJOIS
 aurelia.poujois@aphp.fr

Dr Pascal CHAINE
 pchain@wanadoo.fr

LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE BIOLOGIQUE

Dr Joël POUPON
 01 49 95 66 00
 01 49 95 66 13
 joel.poupon@aphp.fr

Dr Nouzha DEJBRANI-OUSSEDIK
 01 49 95 65 66
 01 49 95 66 13
 nouzha.djebrani-oussedik@aphp.fr

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Pr Jean-Louis LAPLANCHE
 Tél : 01 49 95 64 39
 jean-louis.laplanche@aphp.fr

Dr. Corinne COLLET
 Tél : 01 49 95 64 35
 corinne.collet@aphp.fr

Secrétariat
 Stéphanie GLANNAZ
 Tél : 01 49 95 64 34
 Fax : 01 49 95 84 77
 stephanie.glannaz@aphp.fr

NOMBRE DE TUBES ENVOYES :

- ___ EDTA
- ___ Héparinés
- ___ Secs
- ___ Urine

Fiche de renseignements pour les maladies du cuivre (Maladie de Wilson, Maladie de Menkès, Carence en cuivre) et acéruplasminémie

Données cliniques et biologiques

Date de la demande : ____/____/____

Pour toute demande, merci de remplir cette fiche - Formulaire 1:

- Demande de bilan cuivre et/ou zinc**
(Remplir également la demande de diagnostic et suivi de la maladie de Wilson du laboratoire de toxicologie biologique - Formulaire 2)
- Demande d'analyse génétique**
(Remplir également la demande d'analyses pour examens à caractéristiques génétiques - Formulaire 3 + le consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques - Formulaire 4)

PATIENT	
Mr <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom :	
Date de naissance : ____/____/____	
Pour les femmes	
Contraception orale : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, nb de semaines d'aménorrhée : ____	

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Nom :	Prénom :
Spécialité :	
EMAIL :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	
Fax :	

Merci d'envoyer vos prélèvements à :
 Réception Centralisée de Biologie
 Hôpital Lariboisière
 2 rue Ambroise Paré
 75475 Paris Cedex 10

<input type="checkbox"/> MALADIE DE WILSON		
*Dépistage familial de la MW: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez le lien de parenté par rapport au cas index :		
*Suspicion de MW : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Consanguinité possible entre les parents du sujet malade : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
*MW connue : Traitée depuis le ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Neurologique	ou	<input type="checkbox"/> Hépatique
		ou
		<input type="checkbox"/> Pré-symptomatique
<input type="checkbox"/> CARENCE EN CUIVRE		
<input type="checkbox"/> ACERULOPLASMINEMIE		
<input type="checkbox"/> MALADIE DE MENKES	Suspicion <input type="checkbox"/>	Maladie connue <input type="checkbox"/>

MANIFESTATIONS CLINIQUES		
Signes hépatiques :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Signes neurologiques :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Signes psychiatriques :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Anneau de KF :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Autres manifestations :		

EXAMENS HEPATIQUES		
Cytolyse :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez ASAT/ALAT (UI/L) :		
Hémoglobine (g/100mL) :	Plaquettes ($\times 10^3/mm^3$) :	
Bilirubine ($\mu mol/L$) :	TP (%) :	
Si suspicion d'Acéruoplasminémie, précisez la Ferritine ($\mu g/L$) : - la glycémie ($\mu mol/L$) :		
La CRP (mg/L) :		
Echo abdo:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez les résultats :		

EXAMENS NEUROLOGIQUES		
IRM cérébrale :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez les résultats :		
BILAN CUPRIQUE ANTERIEUR (si réalisé hors Lariboisière)		
Cuprémie totale :_____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$	<input type="checkbox"/> mg/L	Fait le :_____/_____/_____
Céruoplasmine :_____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$	<input type="checkbox"/> mg/L	Fait le :_____/_____/_____
Cuprurie :_____ <input type="checkbox"/> $\mu mol/L$	<input type="checkbox"/> $\mu g/L$ <input type="checkbox"/> $\mu mol/24h$ <input type="checkbox"/> $\mu g/24h$	Fait le :_____/_____/_____

TRAITEMENTS	Dose	Dose et heure de la dernière prise et dose
Trolovol 300mg		
Trientine 300mg		
Wilzin 50mg		
Wilzin 25mg		
Sulfate de zinc 200mg		