

NOM :  
NIR :

Prénom :

DDN :

**Aide au remplissage du protocole de soins  
pour les maladies héréditaires du métabolisme (ALD17)  
MALADIE DE WILSON**

Ce document est nécessaire pour permettre une évaluation rapide et complète du bien-fondé de la prise en charge du patient. Ce document doit comporter les éléments suivants :

**Diagnostic**

Diagnostic : **Maladie de Wilson**

Code CIM10 : **E 830**

Age au diagnostic : .....

Principaux points du tableau clinique :

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

**Modalités diagnostiques**

Biochimie : **Oui**  **Non**

Métabolites anormaux : **cuivre**

Enzymologie : **Oui**  **Non**

Enzyme déficitaire : .....

Génétique : **Oui**  **Non**

Gène responsable : **ATP7B**

**Modalités thérapeutiques**

Médicaments spécifiques : **Oui**  **Non**

Médicament (s) : .....

Vitaminothérapie spécifique : **Oui**  **Non**

Vitamine (s) : .....

Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS) : **Oui**  **Non**

Substitut d'acides aminés **Oui**  **Non**  Produits hypoprotidiques **Oui**  **Non**

Suppléments vitaminiques, minéraux ou caloriques : **Oui**  **Non**

Lequel, lesquels : .....

Autres traitements : **Oui**  **Non**

.....

**Autres prises en charge**

Kinésithérapie : **Oui**  **Non**

Orthophonie : **Oui**  **Non**

Ergothérapie **Oui**  **Non**

Prothèse auditive : **Oui**  **Non**

Prise en charge ophtalmologique : **Oui**  **Non**

Prise en charge odontologique : **Oui**  **Non**

Autre(s) prise(s) en charge : **Oui**  **Non**

.....

*Vu par un centre de référence ou de compétence depuis les 5 dernières années* **Oui**  **Non**

*Lequel :*

*Joindre le compte rendu issu des centres référents : où figure l'argumentaire diagnostique et où est décrite la situation actuelle ou récente. Merci.*