

## Formulaire 1

### COORDONNATRICE DU CRMWILSON

Dr Aurélie POUJOIS  
[apoujois@for.paris](mailto:apoujois@for.paris)

#### Secrétariat

Edith de BOISVILLIERS  
Tel : 01 48 03 62 52  
Fax : 01 48 03 62 53  
[enr.wilson@for.paris](mailto:enr.wilson@for.paris)

### SERVICE DE NEUROLOGIE

Dr Aurélie POUJOIS  
[apoujois@for.paris](mailto:apoujois@for.paris)

Dr Erwan MORVAN  
[emorvan@for.paris](mailto:emorvan@for.paris)

Dr France WOIMANT  
[france.woimant@aphp.fr](mailto:france.woimant@aphp.fr)

### LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE BIOLOGIQUE

Dr Joël POUPON  
01 49 95 66 00  
01 49 95 66 13  
[joel.poupon@aphp.fr](mailto:joel.poupon@aphp.fr)

Dr Nouzha DEJBRANI-OUSSEDIK  
01 49 95 65 66  
01 49 95 66 13  
[nouzha.djebrani-oussedik@aphp.fr](mailto:nouzha.djebrani-oussedik@aphp.fr)

### DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Pr Jean-Louis LAPLANCHE  
Tel : 01 49 95 64 39  
[jean-louis.laplanche@aphp.fr](mailto:jean-louis.laplanche@aphp.fr)

Pr Corinne COLLET  
Tel : 01 49 95 64 35  
[corinne.collet@aphp.fr](mailto:corinne.collet@aphp.fr)

#### Secrétariat

Cécile THIEBAUD  
Tel : 01 49 95 64 34  
Fax : 01 49 95 84 77  
[celine.thiebaud@aphp.fr](mailto:celine.thiebaud@aphp.fr)

### NOMBRE DE TUBES ENVOYES :

\_\_\_ EDTA

\_\_\_ Héparinés

\_\_\_ Secs

\_\_\_ Urine

Fiche de renseignements pour les maladies en lien  
avec le cuivre (Maladie de Wilson,  
Maladie de Menkès, Carence en cuivre,  
acéruлоplasminémie, etc...)

## 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 → Bicêtre

(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"/> Melle <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 :	
<b>EMAIL :</b>	
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"/> <b>MALADIE DE WILSON</b>		
*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	<b>OU</b>	<input type="checkbox"/> Hépatique <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Pré-symptomatique
<input type="checkbox"/> CARENCE EN CUIVRE	<input type="checkbox"/> AUTRE ANOMALIE en lien avec le CUIVRE	
<input type="checkbox"/> ACERULOPLASMINEMIE	<input type="checkbox"/> AUTRE	
<input type="checkbox"/> MALADIE DE MENKES	Suspicion <input type="checkbox"/>	Maladie connue <input type="checkbox"/>

<b>MANIFESTATIONS CLINIQUES</b>		
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 :		

<b>EXAMENS HEPATIQUES</b>		
Cytolyse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez ASAT/ALAT (UI/L):	
Hémoglobine (g/100mL):	Plaquettes (X10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ):	
Bilirubine (µmol/L):	TP (%):	
Si suspicion d'Acéruoplasminémie, précisez la Ferritine (µg/L): - la glycémie (µmol/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 :	

<b>EXAMENS NEUROLOGIQUES</b>		
IRM cérébrale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez les résultats :		
<b>BILAN CUPRIQUE ANTERIEUR</b> (si réalisé hors laboratoire de Lariboisière)		
Cuprémie totale : ____ <input type="checkbox"/> µmol/L <input type="checkbox"/> mg/L	Fait le : ____/____/____	
Céruoplasmine : ____ <input type="checkbox"/> µmol/L <input type="checkbox"/> mg/L	Fait le : ____/____/____	
Cuprurie : ____ <input type="checkbox"/> µmol/L <input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> µmol/24h <input type="checkbox"/> µg/24h	Fait le : ____/____/____	

<b>TRAITEMENTS</b>	Dose	Dose et heure de la dernière prise et dose
Trolovol 300mg		
Trientine 300mg		
Cuprior 150mg		
Cufence 200mg		
Wilzin 50mg ou 25 mg		
Sulfate de zinc 200mg		