

Formulaire 1

COORDONNATRICE DU CRMR WILSON

Dr Aurélie POUJOIS
apoujois@for.paris

Secrétariat

Edith de BOISVILLIERS
Tel : 01 48 03 62 52
Fax : 01 48 03 62 53
enr.wilson@for.paris

SERVICE DE NEUROLOGIE

Dr Aurélie POUJOIS
apoujois@for.paris

Dr Erwan MORVAN
emorvan@for.paris

Dr France WOIMANT
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

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
Tel : 01 49 95 64 39
jean-louis.laplanche@aphp.fr

Pr Corinne COLLET
Tel : 01 49 95 64 35
corinne.collet@aphp.fr

Secrétariat

Cécile THIEBAUD
Tel : 01 49 95 64 34
Fax : 01 49 95 84 77
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"/> 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"/> 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"/>

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 (X10 ³ /mm ³):	
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 :	

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 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 : ____/____/____	

TRAITEMENTS	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		