

Maladie de Fabry

Demande de mesure de l'activité de l' α -galactosidase A sur papier buvard

Informations établissement hospitalier

Hôpital :
Adresse :
Service / spécialité :
Nom du médecin demandant l'analyse :
Nom du préleveur :
Date de prélèvement : / /

Signature / cachet :

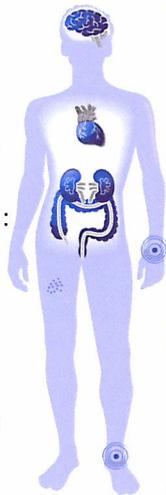
Informations patient

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : F * M

* Pour les femmes, faire une demande concomitante de dosage de LysoGb₃ plasmatique

Atteinte(s) :

- Oculaire :
- Auditive :
- Troubles digestifs :
- Cutanée :
- Système nerveux périphérique :
- Système nerveux central :
- Cardiaque :
- Rénale :
- Fièvres récidivantes et/ou troubles de la sudation :
- Autres :



Informations complémentaires :

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

Antécédents familiaux de maladie de Fabry :

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

Laboratoire demandeur

- À joindre : bon de commande de votre hôpital pour facturation de l'analyse

Visa du laboratoire