

# MALADIE DE POMPE

## DEMANDE DE DOSAGE DE L' $\alpha$ -GLUCOSIDASE ACIDE - - - - -

**Ce document accompagné du bon de demande de dosage de l' $\alpha$ -glucosidase acide émanant de l'organisme payeur de votre hôpital doit obligatoirement accompagner la carte de prélèvement.**

### INFORMATIONS ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER - - - - -

Hôpital : .....

Adresse : .....

Service / spécialité : .....

Nom du médecin demandant le dosage : .....

Signature / cachet : .....

### INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : F M

Date de prélèvement : ..... / ..... / .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Renseignements cliniques (incluant les traitements médicamenteux) :

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

# MALADIE DE POMPE

DEMANDE DE DOSAGE DE L' $\alpha$ -GLUCOSIDASE ACIDE - - - - -

**Ce document accompagné du bon de demande de dosage de l' $\alpha$ -glucosidase acide émanant de l'organisme payeur de votre hôpital doit obligatoirement accompagner la carte de prélèvement.**

## INFORMATIONS ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER - - - - -

Hôpital : .....

Adresse : .....

Service / spécialité : .....

Nom du médecin demandant le dosage : .....

Signature / cachet : .....

## INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : F M

Date de prélèvement : ..... / ..... / .....

Renseignements cliniques (incluant les traitements médicamenteux) :

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