

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Mail du médecin :

Nom du médecin :

Service :

Adresse :

.....

CP : Ville :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Date de prélèvement :

MOTIVATION DE LA DEMANDE

ÉLÉMENTS CONDUISANT À SUSPECTER LA PRÉSENCE DE FORMES MOLÉCULAIRES ANORMALES DE PROLACTINE :

■ Circonstances de découverte de l'hyperprolactinémie :

■ Valeur du taux obtenu dans un autre laboratoire :UI/lµg/l

■ Nom de l'automate :

■ Nom du fabricant du kit :

■ Présence d'une galactorrhée :

OUI

NON

spontanée

provoquée

■ Cycles menstruels :

ovulatoires

spanioménorrhée

sous pilule estroprogestative

aménorrhée depuis

signes de carence en oestrogènes

■ Antécédents génitaux :

nombre d'enfants

stérilité primaire

secondaire

fausse couche

grossesse

■ Prise de médicaments hypoprolactinémiants :

Résultat sur la PRL ?

antérieur

actuel

■ Traitement en cours par médicaments hyperprolactinémiants (neuroleptiques) :

OUI

NON

■ Résultat imagerie hypophysaire : IRM

Evolution ?

■ Etude antérieure des formes moléculaires de prolactine :

OUI

NON réalisée le :

■ Ancienneté de l'hyperprolactinémie :