

MÉDECIN PRESCRIPTEUR		PATIENT	
<i>Signature :</i>		Nom : .....	
		Prénom : .....	
		Nom de naissance : .....	
		Date de naissance : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
PRÉLÈVEMENT			
<p style="text-align: center;"><b>Plasma : 1 ml de plasma hépariné, congelé dans l'heure qui suit le prélèvement</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Urines : 10 mL d'urines du matin (ou miction spontanée si urgence), congelés dans l'heure qui suit le recueil</b></p> <p style="text-align: center;"><b>LCR : 1 ml de LCR congelé dans l'heure qui suit le prélèvement</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Acylcarnitines : papier buvard</b></p> <p style="text-align: center;">Date du prélèvement : .....</p>			
INDICATIONS DE L'EXPLORATION			
<input type="checkbox"/> <b>Acides aminés</b> <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> urines		<input type="checkbox"/> <b>Acides organiques</b> <input type="checkbox"/> urines <input type="checkbox"/> LCR	
<input type="checkbox"/> <b>Acylcarnitines</b>			
<input type="checkbox"/> Antécédents dans la fratrie, consanguinité familiale		<input type="checkbox"/> Diagnostic connu : .....	
<input type="checkbox"/> Début des symptômes : <input type="checkbox"/> dès la naissance <input type="checkbox"/> en période néonatale <input type="checkbox"/> Plus tard (préciser) :			
<input type="checkbox"/> Thérapeutique en cours : .....			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
<b>Le patient est-il symptomatique ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Signes paracliniques (anomalie EEG, IRM, échogaphie,...) : .....			
<input type="checkbox"/> <b>Signes neuromusculaires</b> (retard psychomoteur, trouble du comportement, convulsions régression...)..... .....		<input type="checkbox"/> <b>Signes cardiovasculaires</b> (cardiopathie hypertrophique, thrombose, dysplasie valvulaire) ..... .....	
<input type="checkbox"/> <b>Morphotype</b> (hypotrophie, dysmorphie) .....		<input type="checkbox"/> <b>Signes digestifs</b> (hépatomégalie, vomissements, troubles alimentaires,...)..... .....	
<input type="checkbox"/> <b>Signes ophtalmologiques</b> (cataracte, luxation du cristallin, rétinite pigmentaire)..... .....		<input type="checkbox"/> <b>Signes rénaux</b> (tubulopathie, insuffisance rénale, lithiase)..... .....	
<b>Autre pathologie chronique à signaler</b> (ORL, dermato, ostéo-articulaire) : .....			
BILAN BIOLOGIQUE			
<input type="checkbox"/> Acidose métabolique		<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	
<input type="checkbox"/> hyperlactacidémie		<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatocellulaire	
<input type="checkbox"/> Hyperprotéinorachie		<input type="checkbox"/> Anomalie caryotype	
<input type="checkbox"/> Hyperammoniémie		<input type="checkbox"/> Anomalies hématologiques	
<input type="checkbox"/> Cétonurie			
<input type="checkbox"/> <b>Autre anomalie à signaler :</b> .....			