

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>10 mL d'urines du matin (ou miction spontanée si urgence), sans conservateur ni acide À conserver réfrigérés 5°C ± 3 °C° (stable 96 h) ou congelés (stable 1 mois) À l'abri de la lumière directe du soleil</p> <p>Date du prélèvement :</p>			
INDICATIONS DE L'EXPLORATION			
<input type="checkbox"/> Acide delta-aminolévulinique (diagnostic et suivi des crises aiguës de porphyrie hépatique, saturnisme, tyrosinémie type I)		<input type="checkbox"/> Porphobilinogène (diagnostic et suivi des crises aiguës de porphyrie hépatique)	
<input type="checkbox"/> Analyse des porphyrines (diagnostic et suivi des porphyrines, en particulier cutanées)			
<input type="checkbox"/> Suspicion de porphyrie non connue		<input type="checkbox"/> Suivi de porphyrie	
<input type="checkbox"/> Tyrosinémie			
<input type="checkbox"/> Autre indication :			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Le patient est-il symptomatique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Antécédents familiaux de porphyrie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Atteinte du système nerveux central (agressivité, troubles du comportement, convulsions, hallucinations, anxiété, troubles du sommeil, dépression)		<input type="checkbox"/> Atteinte du système nerveux périphérique (déficit moteur, ou sensitif, paresthésies, myalgies)	
<input type="checkbox"/> Atteinte du système nerveux autonome (douleurs abdominales, nausées, vomissements, constipation, anorexie, HTA, hypersudation)		<input type="checkbox"/> Atteinte cutanée (hyperpigmentation cutanée, retard de cicatrisation, bulles, plaies, hypertrichoses,...)	
<input type="checkbox"/> Manifestations aiguës sur zones photo-exposées (brûlures, œdème, prurit)		<input type="checkbox"/> Décompensation hépatique aiguë	
Autre pathologie chronique à signaler :			
BILAN BIOLOGIQUE			
<input type="checkbox"/> Hyponatrémie		<input type="checkbox"/> Hémolyse	
<input type="checkbox"/> Anémie		<input type="checkbox"/> Hépatite virale	
<input type="checkbox"/> Surcharge en fer		<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	
		<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatocellulaire	
		<input type="checkbox"/> Hyperplombémie/plomburie	
		<input type="checkbox"/> Hyperbilirubinémie	
<input type="checkbox"/> Autre anomalie à signaler :			