

MALADIE DE WILSON
DOSAGE DU CUIVRE ÉCHANGEABLE

DEMANDÉ PAR : _____ LE ___ / ___ / ___
 DATE DE PRELEVEMENT ___ / ___ / ___ à ___ H
 Congelé à ___ H
 Hôpital : _____

Congeler le plasma/sérum le plus rapidement possible

DONNÉES DU PATIENT :

Etiquette patient

Etiquette Service

CONTEXTE

Dépistage familial
 Suspicion de maladie de Wilson
 Maladie de Wilson :
 Neurologique / Hépatique / Présymptomatique

TRAITEMENT

Avant traitement :

Traitement	Dose	Date de début de traitement	Heure de la dernière prise et dose
Trolovol			
Trientine 300			
Wilzin 25			
Wilzin 50			
Sulfate de zinc			

Renseignements :

		Date
Cuprurie :	<input type="checkbox"/> μmol/L <input type="checkbox"/> μg/L <input type="checkbox"/> μmol/24h <input type="checkbox"/> μg/24h	
Cuprémie totale :	<input type="checkbox"/> μmol/L <input type="checkbox"/> μg/L	
Céruleplasmine :	<input type="checkbox"/> μmol/L <input type="checkbox"/> g/L	

Renseignements complémentaires :

Personnes à contacter pour plus d'informations

Dr Souleiman EL BALKHI
 Tel : 01 49 95 65 62
 Tel : 01 49 95 66 13

Dr Joël POUPON
 Tel : 01 49 95 66 00
 Tel : 01 49 95 66 13

A RENVoyer AU 4664 (RCP)