

Maladie de Fabry

Demande de mesure de l'activité de l' α -galactosidase A sur papier buvard

Informations établissement hospitalier

Hôpital :

Adresse :

Service / spécialité :

Nom du médecin demandant l'analyse :

Nom du préleveur :

Date de prélèvement : / /

Signature / cachet :

Informations patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F * M

* Pour les femmes, faire une demande concomitante de dosage de LysoGb₃ plasmatique

Atteinte(s) :

Oculaire :

Auditive :

Troubles digestifs :

Cutanée :

Système nerveux périphérique :



Système nerveux central :

Cardiaque :

Rénale :

Fièvres récidivantes et/ou troubles de la sudation :

Autres :

Informations complémentaires :

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

Antécédents familiaux de maladie de Fabry :

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

Laboratoire demandeur

À joindre : bon de commande de votre hôpital pour facturation de l'analyse

Visa du laboratoire