

Nom d'usage du patient :

Nom du médecin prescripteur :

Nom de naissance :

Service :

Prénom :

Hôpital :

Sexe : ☐ Masculin

☐ Féminin

Date de naissance :

Hémochromatose

Oui Non Possible

Dépistage familial

Oui Non

Si oui, indiquer le nom de famille du cas index

.....

Demande antérieure

Oui Non

Traitement par phlébotomie

Oui Non

Suspicion diagnostique forte

Oui Non

Biologie

CST :

Ferritinémie :

CRP :

Transaminases :

Sérologies virales :

Clinique

Atteinte hépatique :

Hépatomégalie Oui Non

Cirrhose Oui Non

IRM Oui Non

Atteinte pancréatique :

Diabète Oui Non

Atteinte cardiaque :

Cardiomyopathie Oui Non

Troubles du rythme Oui Non

Atteinte endocrinienne :

Oui Non

Si oui, préciser :

.....

Atteinte articulaire :

Oui Non

Si oui, préciser :

.....

Atteinte cutané-phanérienne :

Oui Non

Si oui, préciser :

.....

Prélèvement : 2 tubes de sang total de 5-7 mL sur EDTA à adresser au Laboratoire de Génétique, **obligatoirement accompagné du consentement éclairé signé par le patient.**