Version mise à jour: nov2022

C.H.U DE BORDEAUX
POLE DE BIOLOGIE et PATHOLOGIE
LABORATOIRE DE BIOCHIMIE

Etiquette du malade ou
Nom d'usage : ……..
Nom de famille (de naissance) : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : …… / …… / ……
N° identification : ……..
Ville : …… CP : ……

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur : ……

Préleveur (nom, qualité) : ……
Date de prélèvement : ……
Heure de prélèvement : ……..
Incidents survenus lors du prélèvement :
……..

Diagnostic génétique de l'hémochromatose héréditaire (forme classique HFE et surcharges en fer génétiques rares)

Responsable de l'analyse
Dr Louis LEBRETON
tel : 05 57 82 21 78
louis.lebreton@chu-bordeaux.fr

Joindre le consentement pour analyse génétique

☐ *code CGFER*

Prélèvement sanguin sur tube EDTA (mauve)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES et BIOLOGIQUES

I. Motif de la demande s'agit-il d'un ☐ **Cas index** ☐ **Apparenté** (informations sur le cas index à préciser)

……

II. Circonstances du diagnostic de la surcharge en fer *(à détailler)*

	suspecté	avéré
-Bilan de santé : ……		
-Fatigue (date de début):……..		
-Hépatopathie:…….	☐	☐
-Rhumatologie:……	☐	☐
-Endocrinologie:		
Diabète...……	☐	☐
Hypogonadisme…….	☐	☐
Thyroïde…….	☐	☐
-Maladie inflammatoire…….....	☐	☐
-Pathologie hématologique …….	☐	☐
-Ophtalmologie (cataracte) ……..	☐	☐
-Atteinte neurologique……..		
-Pathologie cardiaque……...		

III. Données générales

Poids:
Taille:
IMC:

HTA : ☐ non ☐ oui
Dyslipidémie: ☐ non ☐ oui
Préciser :

Analyse HFE

Déjà réalisée ☐ non ☐ oui
Résultat ……..…….

Consommation d'alcool

☐ non ☐ oui
Nb de verres/semaine: ……..…….

IV. Résultats biologiques (nécessaires pour les formes rares de surcharges en fer en complément du bilan martial)

Bilan martial	Tests hépatiques	Bilan métabolique	Hématologie
Fer sérique (µmol/L) :	Bilirubine (µmol/L)	Triglycérides (g/L)	Hb(g/dL)
Coefficient de saturation (%) :	ALAT (U/L)	HDL Cholestérol (g/L)	VGM(fL)
Transferrine (g/L) :	ASAT (U/L)	LDL Cholestérol (g/L)	Haptoglobine
Ferritinémie (ng/mL) :	Ph Alcalines (U/L)	HbA1c (%)	
CRP (mg/mL) : GGT (U/L)			

Endocrinologie: ……. **Autres**: CPK(U/L)…… LDH (U/L)…….. Céruloplasmine (g/L)…….

V. Bilan d'imagerie (pré-requis surcharges en fer rares)

Echographie:
Evaluation de la fibrose:
Charge hépatique en fer (µmol/g):

VI. Traitements

Saignées : ☐ non ☐ oui précisez……..
Chélateurs du fer: ☐ non ☐ oui précisez……..
Transfusions : ☐ non ☐ oui précisez……..