

Nom du médecin: _____

Code du médecin: _____

Adresse: _____

Téléph.: _____

Fax: _____

Identification patient

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

N° Matricule: _____ Date de naissance: ____/____/____

Téléph.: _____ N° Accident: _____ Date accident: ____/____/____

Renseignements cliniques:

Date de prescription: ____/____/____ Date d'expiration: ____/____/____ (max 6 mois) (Sans date d'expiration, ordonnance valable 2 mois)

ANALYSES MÉDICALES

<p>RHUMATOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Facteur rhumatoïde</p> <p><input type="checkbox"/> CCP</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-nucléaires (recherche et identification complète)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps spécifiques des Myosites</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps spécifiques des Sclérodermies</p>	<p>NEPHROLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-membrane basale glomérulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-membrane basale pulmonaire</p> <p><input type="checkbox"/> ANCA- PR3/MPO</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-PLA2R + THSD7</p>
<p>VASCULARITES</p> <p><input type="checkbox"/> ANCA (anti-PR3 et anti-MPO)</p> <p>Traitement en cours: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>DERMATOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-peau (dépistage et identification)</p>
<p>THROMBOSES</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-phospholides (cardiolipine, β2glycoprotéine 1)</p>	<p>ENDOCRINOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-pancréas (ilots)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-surrénale</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-ovaire</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-testicule</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-hypophyse</p>
<p>GASTROENTEROLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-cellules pariétales</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-facteur intrinsèque</p> <p><input type="checkbox"/> Profil anticorps des MICI (anti-pancréas exocrine, ASCA, pANCA)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-transglutaminase</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-gliadine désamidée</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-entérocytes</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-protéines lactées (IgG)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-protéines des farines (IgG)</p>	<p>NEUROLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-myéline du nerf périphérique</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-paranodes</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-gangliosides</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-neuronaux (encéphalopathies)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-synapses (encéphalite limbique)</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-muscle strié</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-Musk</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps NMO (Aquaporine 4 + MOG)</p>
<p>HEPATOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage anticorps (anti-Actine, LKM, LC1, Mitochondrie)</p> <p><input type="checkbox"/> Profil anticorps spécifiques Hépatite Autoimmune (Actine, LKM, LC1, SLA)</p> <p><input type="checkbox"/> Profil anticorps spécifiques Cholangite Biliaire Primitive (Mitochondrie, Sp100, Gp 210)</p>	<p>OPHTALMOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-rétine</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-récovérine</p>
<p>OTORHINOLARYNGOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-cochlée</p> <p><input type="checkbox"/> Anticorps anti-cartilage</p>	

Signature du prescripteur: _____

Copie au Dr: _____