

**DIAGNOSTIC ENZYMATIQUE, GÉNOTYPE,  
SUIVI DES MARQUEURS BIOLOGIQUES  
DE LA MALADIE DE GAUCHER**

Nom du laboratoire où sont acheminés les prélèvements : .....

Date : .....

.....

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tampon du Service

**Traitement :**

Type de Traitement : .....

Date de début : .....

***Modification thérapeutique***

- Arrêt des doses	Date : .....
- Diminution des doses	Date : .....
- Augmentation des doses	Date : .....
- Changement des doses	Date : .....

**Examens demandés :**

Dosage de la Béta2glucocérébrosidase	<input type="checkbox"/>	Accord du patient :    Oui <input type="checkbox"/>
Génotype	<input type="checkbox"/>	

**Marqueurs :**

PATR	<input type="checkbox"/>	Accord du patient :    Oui <input type="checkbox"/>	
Chitotriosidase	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
CCL 18	<input type="checkbox"/>		
Sérothèque	<input type="checkbox"/>		