

# Demande de dosage de la chitotriosidase

*Etiquette patient  
ou  
Nom et date de naissance  
du patient  
Date de prélèvement*

Médecin demandeur :

## Dosage réalisé dans le cadre d'un diagnostic de maladie de Gaucher

Signes cliniques : .....

*NB : le dosage de la chitotriosidase n'est pas suffisant pour établir un diagnostic de certitude de maladie de Gaucher : celui-ci doit être confirmé par un dosage de la glucocérébrosidase\*.*

## Contrôle chez un patient atteint de maladie de Gaucher non traité

Date du dernier dosage de la chitotriosidase : .....

## Dosage réalisé dans le cadre du suivi d'un patient atteint de maladie de Gaucher traité \*

Date de début de traitement : .....

Date du dernier dosage de la chitotriosidase : .....

Posologie actuelle : .....

- Initiation du traitement
- Contrôle habituel en cours de traitement
- Dosage suite à un changement de posologie et/ou de fréquence de perfusion  
(préciser la nouvelle posologie / la nouvelle fréquence ci-dessous)  
.....
- Dosage suite à un évènement clinique (préciser lequel ci-dessous)  
.....
- Dosage suite à une modification dans la prise en charge (en préciser la nature ci-dessous)  
.....

## Dosage réalisé dans le cadre du diagnostic ou du suivi d'une autre pathologie

Préciser laquelle : .....