

SESSION PLURIDISCIPLINAIRE
SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN

Demande établie par le Dr:

Le :

NOM :

ADRESSE :

PRENOM:

Date de naissance :

IPP :

Tél : DOM

TRAV

Dossier BICETRE : OUI NON

Autre établissement :

OUI NON

Lequel:

Couverture sociale: OUI NON

Mutuelle : OUI NON

date de la session:

convocation faite le:

Par :

tel

courrier

BILAN USUEL	D	R
NFS, VS, Plaquettes, Ionogramme, Urée, Créatinémie, TP, TCK, EP	X	
Calcémie, Glycémie à jeun, Transaminases, CPK, CRP	X	
Bandelette urinaire, Protéinurie Créatinurie sur échantillon	X	

IMMUNOLOGIE	D	R
FR, FAN, ADN, ECT, CCP, Anti Cardiolipine, Beta 2 GP1, C3 C4	X	
LDH, Im fix plasma, Im fix Urine sur échantillon, bêta 2 microglobuline, cryoglobuline, IgG	X X	
Sérothèque : 2 tubes secs	X	
Extraction d'ADN 1 tube EDTA labo immuno de Bicêtre		
25OH D3	X	
Typage des IgG, dosage IgG4		
AUTRES ANTICORPS		

VIROLOGIE	D	R
Sérologie VHC	X	
Sérologie VHB	X	
Autre sérologie		

AUTRES EXAMENS		
	D	R
RADIO: préciser		
ECHO: préciser		

CONSULTATIONS				
	MEDECIN	OUI	HEURE	NON
OPHTALMOLOGIQUE	Pr LABETOULLE	X		
ORL	Dr LEPAJOLEC	X		
BGSA	Dr LEPAJOLEC			
BGSA réalisée oui <input type="checkbox"/>	nom de l'hôpital		Date	
	Lame à faire relire <input type="checkbox"/>			
PSYCHIATRIE				
CONSEIL EN DIETETIQUE	Mme SELINGUE	X		

OBSERVATION