

**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**

<b>BILAN USUEL</b>	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	

<b>IMMUNOLOGIE</b>	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		

<b>VIROLOGIE</b>	D	R
Sérologie VHC	X	
Sérologie VHB	X	
Autre sérologie		

<b>AUTRES EXAMENS</b>		
	D	R
RADIO: préciser		
ECHO: préciser		

<b>CONSULTATIONS</b>				
	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		

<b>OBSERVATION</b>