



Phone 864.299.8787  
Toll Free 866.757.8334 Fax Outside U.S. 001.864.299.8797

Form Name	Takeda FR TRF
Description	8.5" x 11" Sheet - White 24 lb. Bond
Version	001
Design Date	28/06/21 MM

Approved  Not Approved

Signature

Print Name

Date

New artwork for Takeda FR TRF as requested by Pr S BEKRI 24/06/21:

1. Updated form per customer attachment

VV-MEDMAT-55025

**Test Requisition Form Specifications:**

- 8.5" x 11" Sheet - White 24 lb. Bond
- Black Ink face only
- "MM DD YY" screened 15%, 25% and 30%
- Grey boxed screened 8%; Grey border screened 45%

## Formulaire à remplir pour les maladies lysosomales

Merci de compléter chaque champs et de cocher les cases de manière claire.

### INFORMATION SUR LE PATIENT ET L'ANALYSE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	JJ / MM / AAAA
Nom de famille du patient	Prénom	Date de naissance du ou de la patient(e)
Genre du patient: <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Inconnu		
<input type="checkbox"/> Fabry <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> MPSII <input type="checkbox"/> Lyso-Gb1 <input type="checkbox"/> Lyso-Gb3		
<input type="checkbox"/> Le consentement pour réaliser le test génétique de confirmation a été obtenu		
		JJ / MM / AAAA
		Date du prélèvement de l'échantillon

### INFORMATION SUR LE CENTRE ET LE MEDECIN

CH Saint Nazaire		
Nom du centre ou de l'établissement		
Dr		
Nom du médecin traitant	RPPS	
Boulevard Georges Charpak		
Adresse du centre/établissement		
SAINT NAZAIRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Code postal	Pays
0272278272	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone du centre/ de l'établissement	Numéro de télécopie du centre/ de l'établissement	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro de télécopie direct du médecin	Numéro de portable du médecin	
<input type="text"/>	Signature:	
Adresse email du médecin		

### ENVOYER UNE COPIE DES RESULTATS A (Si applicable)

Dr Alix IRIMIA		
Nom		
0272278511	0272278522	
Numéro de télécopie	Numéro de téléphone	
secretariat.biologie@ch-saintnazaire.mssante.fr		
Adresse email		

### SYMPTOMES CLINIQUES (Sélectionner tous ceux qui s'appliquent)

<b>Fabry</b>	<input type="checkbox"/> Taux de créatine kinase sérique anormal (F1)	<input type="checkbox"/> Anomalie de la cornée (F2)	<input type="checkbox"/> Angiokératomes (F3)
	<input type="checkbox"/> Anhidrose/hypohidrose (F4)	<input type="checkbox"/> Arythmies (F5)	<input type="checkbox"/> Anomalie fonctionnelle de l'appareil digestif (F6)
	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (F7)	<input type="checkbox"/> Troubles audition (F8)	<input type="checkbox"/> Hypertrophie ventriculaire gauche (F9)
	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie ou protéinurie (F10)	<input type="checkbox"/> Paresthésies (F11)	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (F12)
	<input type="checkbox"/> AVC ou AIT (F13)		
	<input type="checkbox"/> Autres (F14)		
<b>Gaucher</b>	<input type="checkbox"/> Tendence saignements (G1)	<input type="checkbox"/> Anomalie du SNC (G2)	<input type="checkbox"/> Anémie (G3)
	<input type="checkbox"/> Douleurs osseuses (G4)	<input type="checkbox"/> Retard de croissance (G5)	<input type="checkbox"/> Hépatosplénomégalie (G6)
	<input type="checkbox"/> Fractures récurrentes (G7)	<input type="checkbox"/> Autres (G8)	
<b>MPSII</b>	<input type="checkbox"/> Déformations squelettiques (M1)	<input type="checkbox"/> Opacités cornéennes (M2)	<input type="checkbox"/> Dysostoses multiples (M3)
	<input type="checkbox"/> Dymorphie faciale (M4)	<input type="checkbox"/> Rétraction articulaire (M5)	<input type="checkbox"/> Troubles de l'audition (M6)
	<input type="checkbox"/> Hépatosplénomégalie (M7)	<input type="checkbox"/> Hirsutisme (M8)	<input type="checkbox"/> Hypertrophie des végétations adénoïdes (M9)
	<input type="checkbox"/> Handicap mental (M10)	<input type="checkbox"/> Infections des voies respiratoires supérieures (M11)	<input type="checkbox"/> Crises convulsives (M12)
	<input type="checkbox"/> Petite taille (M13)	<input type="checkbox"/> Hernie ombilicale ou inguinale (M14)	

### LABEL DU CODE BARRE

DdN: JJ / MM / AAAA
Nom: _____

**Veillez remplir chaque champ et cocher complètement la case sur le formulaire. Les instructions sur les modalités d'accès aux résultats sur Internet seront envoyées à l'adresse e-mail du médecin. Veillez également veiller à ce que cet échantillon soit envoyé à l'adresse suivante:**

- CHU Lyon, Service de Biochimie et Biologie Moléculaire, Centre de Biologie et de Pathologie Est, 59 Boulevard Pinel, 69677 BRON CEDEX.**

### PHYSICIAN CONFIRMATION OF INFORMED CONSENT AND MEDICAL NECESSITY

The undersigned person (or representative thereof) ensures he/she is a licensed medical professional authorized to order testing and confirms that the patient has given appropriate informed consent for the testing ordered, including a discussion of the benefits and limitations. I confirm that testing is medically necessary and that test results may impact medical management for the patient. Furthermore, all information on this TRF is true to the best of my knowledge. My signature applies to the informed consent and/or attached letter of medical necessity.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FOR INTERNAL USE ONLY				
Date Rec'd	_____	Rec'd	_____	
TEMP	SPEC	COL	#TUBES	VOL
R/C/F				
R/C/F				
R/C/F				