

**Fiche à remplir par le médecin en charge du patient et à renvoyer au CRMR
 par mail : apoujois@for.paris ou cnr.wilson@for.paris**

MÉDECIN RÉFÉRENT

NOM :	Tél : Mail :	Lieu d'exercice :
-------	-----------------	-------------------

PATIENT

NOM :	Prénom :	DDN :	Sexe (F/M) :
Médecin traitant (nom et ville) :		Ville de naissance :	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES + ANTÉCÉDENTS

--

DONNEES D'IMAGERIE

--

DONNEES GENETIQUES

Gène ATP7B :
CP :
Autres :

BIOPSIE HEPATIQUE

Date de la biopsie hépatique	Résultats histologiques	Cuivre hépatique en $\mu\text{mol/g}$ de tissu sec

AUTRES DONNEES

--

BIOLOGIE

	Unités	Date de prélèvement 1	Date de prélèvement 2	Date de prélèvement 3
Céruleoplasminémie	g/l			
Cuprémie	µmol/l			
Cuprurie	µmol/l			
Cuprurie /24h	µmol/24h			
Cuivre échangeable	µmol/l			
REC	%			
ASAT	ALAT	U/l		
Bilirubine	µmol/l			
Phosphatases alcalines	U/l			
CPK	U/l			
Cholestérol total	g/l			
Hémoglobine	g/dl			
Fer	µmol/l			
Ferritine	µg/l			
Transferrine	g/l			
CST	%			

QUESTION(S) POSÉE(S) À LA RCP**PROPOSITION DE LA RCP****Date :**

Participants: Dr WOIMANT France; Dr POUJOIS Aurélie ; Dr DJEBANI-OUSSÉDIK Nouzha ; Dr POUPON Joël; Dr SOBESKY Rodolphe ; Pr COLLET Corinne; Dr Dalila HABES; Pr Dominique DEBRAY

Discussion et conclusion :