

NOM usuel : ..... Prénom : .....

NOM de naissance : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : F  M

Date de la demande : ..... / ..... / ..... Nom du prescripteur : .....

**Cochez les cases / complétez le contexte clinique et bilan lipidique**

❖ **Type de dyslipidémie :**

❖ **Données cliniques :**

- Pancréatite aiguë
- Splénomégalie
- Douleurs Abdominales Post-Prandiales
- Hépatomégalie et/ou Stéatose
- Lipémie rétinienne
- Xanthomatose éruptive
- Maladie Cardiovasculaire – si oui, à préciser :
- Facteur de Risque Cardiovasculaire – si oui, à préciser :
- Diabète de type 2 – si oui, à préciser :
- Insulino-résistance – si oui, à préciser :
- Syndrome métabolique – si oui, à préciser :
- Atteinte(s) Neuro-sensorielle(s) – si oui, à préciser :
- Maladie rénale – si oui, à préciser :
- Amylose
- HTA
- Maladie cardiaque – si oui, à préciser :
- Tabagisme
- Consanguinité connue
- Facteurs Exogènes ou Endogènes Aggravants (ex. Hormono-Métaboliques, Immuno, Nutritionnels, Traitements, etc.) – si oui, à préciser :
- Allogreffe de moelle osseuse ou cellules souches hématopoïétiques :
- Autres (dont antécédents personnels) :

❖ **Contexte clinique :**

- Age au diagnostic :
- IMC (kg/m<sup>2</sup>) :
- Antécédents familiaux à préciser :

❖ **Bilan lipidique** (actuel, sur EAL à 12h de jeûne) :

- |   |                 |  |                 |
|---|-----------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Cholestérol Total =        | (g/L ou Mmol/l) | <input type="checkbox"/> Triglycérides =     | (g/L ou Mmol/l) |
| <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol =          | (g/L ou Mmol/l) | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol =   | (g/L ou Mmol/l) |
| <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine A1 =       | (g/L)           | <input type="checkbox"/> Apolipoprotéine B = | (g/L)           |
| <input type="checkbox"/> Lipoprotéine (a) - Lp(a) = | (g/L)           |  |                 |

❖ **Traitement(s) hypolipémiant(s)** (oui/non) – si oui, à préciser :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Statine (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> Fibrate (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> Ezetimibe (dose) : |
| <input type="checkbox"/> Oméga 3 (nom/dose) : | <input type="checkbox"/> PCSK9i (nom/dose) :  | <input type="checkbox"/> Résine (dose) :    |

❖ **Tests génétiques auparavant effectués** (oui/non) – si oui, à préciser :