



# CENTRE DE PRELEVEMENT

## ORDONNANCE MEDICALE TEST DE LA SUEUR

Responsable du service : Dr J. Darreye



Cet examen est effectué sur rendez-vous  
→ **Contactez le service : 05.55.05.80.00**

### ETIQUETTE PATIENT

N° IEP : .....  
NOM : .....  
PRENOM : .....  
SEXE : M  F

### ETIQUETTE SERVICE

### PRESCRIPTEUR

Tampon ou nom lisible :

Date : .....

### PRECISER

Poids : .....  
Prématurité actuelle : .....

### PRELEVEMENT

Date : ...../...../.....  
Heure : ..... h .....  
Nom Préleveur :

### INFORMATION

**Ne pas mettre de produit** de type  
lait de toilette, lotion ou crème **sur**  
**les bras et les jambes, la veille et**  
**le jour de l'examen.**

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Symptomatologie respiratoire : .....
- Symptomatologie digestive : .....
- Retard staturo-pondéral : .....
- Indication(s) du test : .....

## EXAMENS ANTERIEURS EVENTUELS

- Test(s) de la sueur – Résultat(s) : .....
- Stéatorrhée : Oui  Non
- Trypsine immunoréactive - Résultat : .....
- Perturbation du transit méconial : .....
- BM Test Méconium – Résultat : .....
- Dépistage positif chez un parent : Oui  Non
- Anomalie caryotypique du patient : Oui  Non  .....

## PERFUSION EN COURS

Oui  Non