

FICHE DE LIAISON

NOM : Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin traitant :

E-mail Médecin traitant :

Antécédents personnels ou familiaux d'évènements cardiovasculaires prématurés
(< 55 ans chez l'homme, < 60 ans chez la femme)

Antécédents familiaux d'hypercholestérolémie

Signes cliniques :

Xanthomes

Xanthélasmas

Arc cornéen

Taux de LDL- Cholestérol

Maximal

Dernier bilan
sous traitement hypocholestérolémiant : oui non

CENTRE SPÉCIALISÉ

**Service Nutrition, Maladies Métaboliques, Endocrinologie
Hôpital de la Conception**

Tél. : 04 91 38 36 50 - Fax : 04 91 38 41 32

Email : depistagecholesterol@ap-hm.fr

Service de Pédiatrie, Hôpital de la Timone

Tél. : 04 91 38 80 40 - Fax : 04 91 38 67 56

Email : rdv.consult.ped.multidiscip@ap-hm.fr

**Penser à venir à la consultation
au centre spécialisé avec :**

- Bilan lipidique
(avant la mise sous traitement)
- Bilan lipidique le plus récent
- Bilan cardiovasculaire (si réalisé)
- Ordonnance de tous vos traitements