



GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE
Laboratoire de Biochimie Endocrinienne et Oncologique – Pr. J-M. Lacorte

Unité Fonctionnelle de Génétique de l'Obésité et des Dyslipidémies
Secteur obésité

6 rue de la Peyronie
Secteur Pitié
47/83, boulevard de
l'Hôpital
75651 PARIS cedex 13

Pr Alain Carrié courriel : alain.carrie@aphp.fr
Dr Philippe Couvert courriel : philippe.couvert@aphp.fr
Pr Jean-Marc Lacorte courriel : jean-marc.lacorte@aphp.fr
Dr. Johanne Le Beyec-Le Bihan courriel : johanne.lebihan@aphp.fr tel : 01 42 16 21 95

Ste web : www.cgmc-psl.fr

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE UF Génétique de l'Obésité et des Dyslipidémies- Secteur Obésité

PRESCRIPTEUR (obligatoire)	PRELEVEUR (obligatoire)	NUMERO ENREGISTREMENT (labo)
NOM :	Nom :	
PRENOM :	prénom :	
HOPITAL :	Date du prélèvement :	
SERVICE :	Heure du prélèvement :	
Nom et CODE UH si APHP :		
ADRESSE :		
Téléphone :		

<p>PATIENT (remplir ou coller l'étiquette GILDA)</p> <p>NOM de naissance:</p> <p>Nom usuel :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>NATURE DU PRELEVEMENT adressé :</p> <p>S'agit-il du : 1^{er} prélèvement <input type="checkbox"/> 2^{ème} prélèvement <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sang tube de 7 ml, bouchon violet (EDTA)</p> <p><input type="checkbox"/> ADN</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p>
--	--

ANALYSE(S) MOLECULAIRE(S) DEMANDEE(S)	
(Les analyses concernant d'autres gènes que ceux mentionnés ci-dessous ne peuvent être réalisées dans un cadre diagnostic)	
<p>-S'agit-il d'un test pour: <input type="checkbox"/> un cas index <input type="checkbox"/> un apparenté</p> <p style="margin-left: 40px;">dans ce cas indiquer : Le nom et le prénom du cas index: Le numéro de famille éventuellement :</p>	
<p>- Renseignements biologiques : Leptine sérique : ng/l (Obligatoire pour la recherche de mutation(s) de LEPR et LEP) voir aussi « feuille de demande de dosage adipokines » ou indiquer le laboratoire où le dosage de Leptine a été effectué :</p>	
<p>- Renseignements cliniques : Poids : Taille : IMC : - Signes associés à l'obésité (ex : anomalie endocrine, dysmorphie, retard mental , troubles comportement alimentaire...) :</p>	
<p>- Analyse(s) demandée(s) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Extraction d'ADN</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène MC4R (Récepteur aux mélanocortines de type 4)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène LEP (Leptine)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène LEPR (Récepteur de la leptine)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène POMC (Proopiomélanocortine)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène PCSK1/3 (PC1/3 ou Proconvertase de type 1/3)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène SGLT1 (ou SLC5A1)</p>

- **Joindre impérativement avec le prélèvement :**
 - ° la feuille de consentement signée (ou l'attestation de recueil de consentement)
 - ° La feuille de renseignements cliniques.
 - ° Le bon de commande pour les demandes hors APHP
- Préciser les coordonnées complètes du médecin prescripteur pour l'envoi du résultat et joindre la feuille de prescription avec la signature du médecin.