



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

Pôle de Biologie - CGMC  
Bat. de la Pharmacie  
Secteur Salpêtrière  
47/83, boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS cedex 13

Pr Alain Carrié (responsable UF)

*courriel* : [alain.carrie@aphp.fr](mailto:alain.carrie@aphp.fr)

Pr Jean-Marc Lacorte

*courriel* : [jean-marc.lacorte@aphp.fr](mailto:jean-marc.lacorte@aphp.fr)

**Dr. Johanne Le Bevec-Le Bihan**

*courriel* : [johanne.lebihan@aphp.fr](mailto:johanne.lebihan@aphp.fr)

*tel* : 01 42 16 21 95

*Ste web* : [www.cgmc-psl.fr](http://www.cgmc-psl.fr)

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

<b>PRESCRIPTEUR (obligatoire)</b>	<b>PRELEVEUR (obligatoire)</b>	<b>NUMERO ENREGISTREMENT (labo)</b>
<b>NOM :</b> <b>PRENOM :</b> <b>HOPITAL:</b> <b>SERVICE :</b> <b>Nom et CODE UH si APHP :</b> <b>ADRESSE :</b> <b>e-mail :</b> <b>Téléphone :</b>	<b>Nom :</b> <b>prénom :</b> <b>Date du prélèvement :</b> <b>Heure du prélèvement :</b>	

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

<u><b>ANALYSE(S) MOLECULAIRE(S) DEMANDEE(S)</b></u>	
(Les analyses concernant d'autres gènes que ceux mentionnés ci-dessous ne peuvent être réalisées dans un cadre diagnostique)	
<b>-S'agit-il d'un test pour:</b> <input type="checkbox"/> un cas index <input type="checkbox"/> un apparenté dans ce cas indiquer : Le nom et le prénom du cas index: Le numéro de famille éventuellement :	
<b>- Renseignements biologiques :</b> Leptine sérique :                      ng/l (Obligatoire pour la recherche de mutation(s) de LEPR et LEP) Indiquer le laboratoire où le dosage de Leptine a été effectué :	
<b>- Renseignements cliniques :</b> Poids :                      Taille :                      IMC :	
<b>- Signes associés à l'obésité (ex.: anomalies endocriniennes, dysmorphie, retard mental, troubles comportement alimentaire...) :</b>	
<b>- Analyse(s) demandée(s) :</b>	<input type="checkbox"/> Extraction d'ADN <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène MC4R (Récepteur aux mélanocortines de type 4)  <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène LEP (Leptine)  <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène LEPR (Récepteur de la leptine)  <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène POMC (Proopiomélanocortine)  <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène PCSK1/3 (PC1/3 ou Proconvertase de type 1/3)                     </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Recherche de mutation sur le gène SGLT1 (ou SLC5A1)                     </div>
<div style="margin-left: 20px;"><i>Obésité</i></div> <div style="margin-left: 20px;"><i>Malabsorption Glucose</i></div>	

**- 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.**