

**Responsable UF :**

Dr Christine BELLANNÉ-CHANTELOT  
[christine.bellanne-chantelot@aphp.fr](mailto:christine.bellanne-chantelot@aphp.fr)

**Biologistes :**

Dr Sc. Cécile SAINT-MARTIN [cecile.saint-martin@aphp.fr](mailto:cecile.saint-martin@aphp.fr)  
Dr Sc. Delphine BOUVET [delphine.bouvet@aphp.fr](mailto:delphine.bouvet@aphp.fr)

**Secrétariat :**

[secret-neuro.metab.psl@aphp.fr](mailto:secret-neuro.metab.psl@aphp.fr)  
Tél. : 01 42 17 76 52  
Fax : 01 42 17 76 18

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DIABETES MONOGENIQUES  
DIABETES MODY – DIABETE MITOCHONDRIAL**

<b>PATIENT</b> (remplir lisiblement ou coller étiquette)	<b>PRESCRIPTEUR (sénior obligatoire)</b>
Nom : .....	Nom : ..... Prénom : .....
Prénom : .....	Email : .....
Date de naissance : ..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

**HISTOIRE DE LA MALADIE / DIAGNOSTIC**

**Circonstances de découverte :**  Fortuite     Glycosurie sans hyperglycémie     Diabète gestationnel. Si patiente enceinte, préciser terme : .....SA  
 Polyurie     Cétose     Acido-cétose     Autre, préciser : .....

**ATCD de :**    **Macrosomie**     oui  non    **Hypoglycémies néonatales**     oui  non

**Date du diagnostic :** ..... ou **Age à la découverte :** .....

**Morphotype :** Poids : ..... Taille : ..... IMC (Kg/m<sup>2</sup>) : .....

**Recherche d'auto-anticorps :** **anti-GAD**  présents  absents    **anti-IA2**  présents  absents    **anti-ZnT8**  présents  absents  
Date : .....     Analyses en cours (nous transmettre les résultats par mail dès leur disponibilité, l'analyse sera mise en attente)

**Glycémie** (mmol/l) : .....    **HbA1c** (%) : .....

**Traitement :**  Aucun médicament     Sulfamide/glinide     Autres, préciser : .....  
 Insuline, instaurée au diagnostic ou dans les 6 mois suivants  oui  non

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :**

■ **Pays d'origine / Ethnie** du père : ..... de la mère : .....

■ **Consanguinité :**  oui  non  non déterminée

■ **Arbre généalogique**, indiquer le patient prélevé (↗) et les apparentés diabétiques avec leur phénotype :

- âge de survenue du diabète, existence ou non d'un surpoids à la découverte, traitement en cours
- **noter si possible les noms et prénoms** et si une analyse génétique a déjà été réalisée
- diabète néonatal, macrosomie et épisodes d'hypoglycémies néonatales
- atteintes associées (surdité, atteintes rénale, cardiaque, neurologique, ...)

**SITUATION ACTUELLE** Date : .....

<b>Morphotype</b> : Poids : ..... Taille : ..... IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) : .....
<b>Glycémie</b> (mmol/l) : ..... <b>HbA1c</b> (%) : ..... <b>Peptide-C à jeun</b> (pmol/l) : .....
<b>Traitement</b> : <input type="checkbox"/> Aucun médicament <input type="checkbox"/> Sulfamide/glinide Hypoglycémies sous sulfamides <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Insuline (année de début : ..... dose : ..... UI/kg/j) <input type="checkbox"/> Autres préciser: .....
<b>Complications</b> : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Insulino-résistance</b> : Hyperinsulinémie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Acanthosis nigricans</i> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Dyslipidémie</b> : HDL-C (mmol/L) : ..... Triglycérides (mmol/L) : ..... Traitement hypolipémiant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Hypertension artérielle</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Fonction rénale</b> : <input type="checkbox"/> Protéinurie : ..... g/l ou g/24h [entourer l'unité] Créatininémie (µmol/L): ..... DFG : ..... mL/min/1.73m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Magnésémie (mmol/L) : ..... <input type="checkbox"/> Kaliémie (mmol/L) : ..... <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Etude génétique demandée avant transplantation rénale

**AUTRES ATTEINTES** (cocher/préciser la nature des atteintes associées)

<p>■ <b>Surdité</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser âge de survenue</i> : ..... <i>Préciser type et si appareillée</i> : .....</p>	<p>■ <b>Atteinte morphologique rénale</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser âge de découverte</i> : ..... <i>Préciser</i> (reins hyperéchogènes anténataux, kystes rénaux, rein unique, hypoplasie rénale, Syndrome de jonction....) : .....</p>
<p>■ <b>Atteinte oculaire</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (dystrophie maculaire, cataracte, rétinite pigmentaire, atrophie optique...) : .....</p>	<p>■ <b>Hyperuricémie ou goutte</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser âge de survenue</i> .....</p>
<p>■ <b>Atteinte cardiaque</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (cardiopathie ischémique, dilatée, troubles du rythme ou de conduction...) : .....</p>	<p>■ <b>Atteinte pancréatique</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (insuffisance pancréatique exocrine, hypoplasie, kystes, calcifications...) : .....</p>
<p>■ <b>Atteinte musculaire</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (douleurs, faiblesse musculaire...) : .....</p>	<p>■ <b>Anomalies du tractus génital</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (utérus bicorne, hypospadias, kystes épididyme...) : .....</p>
<p>■ <b>Troubles neuropsychiatriques</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (défiance intellectuelle, traits autistiques...) : .....</p>	<p>■ <b>Atteinte hépatique</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (�l�vation enzymes hépatiques, cholestase, stéatose hépatique, adénomatose hépatique...) : .....</p>
<p>■ <b>Lipodystrophie</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (membres, visage, tronc, généralisée...) : .....</p>	<p>■ <b>Cancers</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (pancréas, chromophobe du rein ...) .....</p>
<p>■ <b>Signes dysmorphiques</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nd <i>Préciser</i> (facial ...) .....</p>	
<p>■ <b>Autres signes cliniques</b> : .....</p>	