



COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur			
Adresse			
CP	Ville		
Téléphone		Télécopie	
E mail			

PATIENT

Nom	
Nom d'épouse	
Prénom	
Né(e) le	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

SERVICE CLINIQUE

Nom du	
Médecin	
réfèrent	
Date de l'examen	
Votre référence	
Service/Unité	

PREREQUIS A TOUTE DEMANDE D'ANALYSE MOLECULAIRE D'UN DIABETE MODY

- Absence d'auto-anticorps chez le patient (joindre une copie des résultats)
 Histoire familiale de diabète Au moins 2 générations Au moins 2 sujets avec âge au diagnostic \leq 40 ans

LE PATIENT Atteint Non symptomatique, demande d'analyse dans le cadre d'une enquête familiale

Préciser le degré de parenté avec le sujet atteint de la famille

Origine géographique du patient (indiquer le pays)

- Au diagnostic :

- Circonstances de découverte : Examen systématique Diabète gestationnel Glycosurie
 Polyurie Perte de poids Complication Cétose
 Acido-cétose Autres, préciser :

Age à la découverte du diabète : Ou date de découverte :

- Poids : Taille : IMC (Kg/m²) :
 Glycémie à jeun (mmol/L) : Glycémie à jeun (mmol/L) : HbA1c (%) :
 Traitement : Aucun Régime
 Antidiabétiques oraux Insuline

- Examen actuel :

- Poids : Taille : IMC (Kg/m²) : HbA1c (%) :
 Traitement : Aucun Régime
 Antidiabétiques oraux (année début)
 Insuline (année début)
 Complications : Neuropathie Rétinopathie
 Microalbuminurie Néphropathie
 Anomalies rénales : Protéinurie Insuffisance rénale Kystes
 Autres atteintes, préciser :

