



## 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/m<sup>2</sup>) : .....  
 Glycémie à jeun (mmol/L) : .....  Glycémie à jeun (mmol/L) : .....  HbA1c (%) : .....  
 Traitement :  Aucun  Régime  
 Antidiabétiques oraux  Insuline

- Examen actuel :

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

