

**Veillez remplir les informations du patient**

**NOM usuel :** ..... **Prénom :** .....

**NOM de naissance :** .....

**Date de Naissance :** ..... / ..... / ..... **Sexe :** F  M

**Cochez les cases / complétez en cas de signes cliniques et/ou Antécédents familiaux**

- Diabète**
- Age de début :
  - Mode de révélation :
  - Typage HLA :
  - Anticorps (anti-GAD, anti-IA2, anti-ICA, anti-insuline, anti-îlots, anti-ZNT8) :
  
  - Traitement (oui/non) ; si oui précisez :
  - HbA1c (%) (préciser si au diagnostic ou actuelle) :
  - Glycémie à jeun (mmol/l) :
  - C-peptide (pmol/l) :
  - Complications (oui/non) ; si oui précisez :
- Hypoglycémie / hyperinsulinisme**
- Age de début :
  - Glycémie à jeun (mmol/l) :
  - Insulinémie à jeun (pmol/l) :
  - Traitement (oui/non) ; si oui précisez :
  - Complications (oui/non) ; si oui précisez :
- Obésité :**
- Age de début :
  - IMC (kg/m<sup>2</sup>) :
  - Percentile IMC (si âge < 16 ans) :
  - Insulinémie à jeun (pmol/l) :
  - Troubles du comportement alimentaire (oui/non) ; si oui précisez :
  
  - Rétinite pigmentaire (oui/non) :
  - Cheveux roux (oui/non) :
  - Hypotonie néonatale (oui/non) :
  - Anomalie endocrinienne (oui/non) ; si oui précisez :
- Hypercholestérolémie / Dyslipidémie**
- LDL-C (mmol/l) :
  - Triglycérides (mmol/l) :
  - HDL-C (mmol/l) :
  - Autre(s) anomalie(s) (oui/non) ; si oui précisez :
  - Traitement (oui/non) ; si oui précisez :
- Lipodystrophie – si oui, remarques éventuelles :**
- Syndrome des ovaires polykystiques – si oui, remarques éventuelles :**
- Syndrome d’hypogonadisme hypergonadotrope ou hypogonadotrope – si oui, remarques éventuelles :**

- Lymphœdème (oui/non) – si oui, remarques éventuelles :
- Pancréatite – si oui, remarques éventuelles :
- AVC – si oui, remarques éventuelles :
- Malformations congénitales – si oui, remarques éventuelles :
- Déficience intellectuelle – si oui, remarques éventuelles :
- Dysmorphie – si oui, remarques éventuelles :
- Trouble du comportement – si oui, remarques éventuelles :
- Epilepsie – si oui, remarques éventuelles :
- Autisme – si oui, remarques éventuelles :
- Troubles auditifs – si oui, remarques éventuelles :
- Troubles visuels – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies cardiaques – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies rénales – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies hépatiques – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies digestives – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies musculaires – si oui, remarques éventuelles :
- Anomalies thyroïdiennes – si oui, remarques éventuelles :
- Syndrome envisagé :
- Consanguinité connue
- Histoire familiale / pathologie(s) connue(s) :
- Tests génétiques auparavant effectués – si oui, à préciser :
- Autres remarques éventuelles :