

NOM usuel : Prénom :

NOM de naissance :

Date de Naissance : / /

Sexe : F M

Date de la demande : / / Nom du prescripteur :

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

- ❖ Age au diagnostic :
- ❖ IMC (kg/m²) :
- ❖ Percentile IMC (si âge < 16 ans) :
- ❖ Troubles du comportement alimentaire (oui/non) – si oui, à préciser :
- ❖ Rétinite pigmentaire (oui/non) :
- ❖ Cheveux roux (oui/non) :
- ❖ Hypotonie néonatale (oui/non) :
- ❖ Anomalies endocriniennes (oui/non) – si oui, à préciser :

Diabète de type 2 – si oui, à préciser :

- ❖ Traitement (oui/non) ; si oui précisez :
- ❖ HbA1c (%) (précisez si au diagnostic ou actuelle) :
- ❖ Glycémie à jeun (mmol/l) :

Dyslipidémie – si oui, à préciser :

Insulino-résistance – si oui, à préciser :

Lipodystrophie – si oui, à préciser :

Maladie hépatique – si oui, à préciser :

Syndrome des ovaires polykystiques – si oui, à préciser :

Syndrome d'hypogonadisme hyper- ou hypogonadotrope – si oui, à préciser :

Troubles neuro-développementaux – si oui, à préciser :

Troubles du comportement – si oui, à préciser :

Dysmorphie – si oui, à préciser :

Malformations congénitales – si oui, à préciser :

Troubles digestifs – si oui, à préciser :

Lymphœdème – si oui, à préciser :

Maladie rénale – si oui, à préciser :

Maladie cardiaque – si oui, à préciser :

Antécédent d'AVC :

Consanguinité connue :

Antécédents familiaux à préciser :

Syndrome envisagé :

Tests génétiques auparavant effectués – si oui, à préciser :

Allogreffe de moelle osseuse ou cellules souches hématopoïétiques :