



**APHP.Sorbonne Université  
Hôpital de la PITIÉ-SALPÊTRIÈRE**

Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique  
Biochimie Endocrinienne et Oncologique - Pr JM. LACORTE

**Unité Fonctionnelle de Génétique de l'Obésité et des Dyslipidémies**

N° ENREGISTREMENT  
Réservé UF GOD - PSL

**NE RIEN COLLER  
A CET ENDROIT**

Bat. de la Pharmacie Secteur Salpêtrière  
47/83, boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS cedex 13  
Tel Secrétariat : 01 42 17 76 47  
Site web : [www.cgmc-psl.fr](http://www.cgmc-psl.fr)

Dyslipidémies: Pr A Carrié (Responsable UF)  
Dyslipidémies: Dr O Bluteau  
Maladies biliaires et Dyslipidémies: Dr P Couvert  
Obésité: Dr J Le Beyec - Le Bihan

[alain.carrie@aphp.fr](mailto:alain.carrie@aphp.fr)  
[olivier.bluteau@aphp.fr](mailto:olivier.bluteau@aphp.fr)  
[philippe.couvert@aphp.fr](mailto:philippe.couvert@aphp.fr)  
[johanne.lebihan@aphp.fr](mailto:johanne.lebihan@aphp.fr)

**DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE  
OBESITE PRECOCE**

<p><b>Étiquette GILDA Patient</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Nom Jeune Fille : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de Naissance : .....</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p><b>PRÉLEVEUR (obligatoire)</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Date : .....</p> <p>Heure : .....</p>	<p><b>PRESCRIPTEUR (SéniOr obligatoire)</b></p> <p>Nom, Prénom : .....</p> <p>N° RPPS : .....</p> <p>Tel. : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Institution : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Signature : .....</p>
<p><b>Étiquette UF Prescripteur</b></p>	<p><b>Étiquette GENNO</b></p> <p style="color: red; text-align: center; font-weight: bold; transform: rotate(-15deg);">Ne Rien coller à cet endroit</p>	

**CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT ET D'ENVOI**

- 2 Tubes de 7ml sur EDTA (bouchon violet), agiter doucement le tube après le prélèvement
  - Faire parvenir les tubes à notre laboratoire dans un délai de 72h avec cette feuille de prescription remplie
  - **Joindre : le formulaire de consentement éclairé signé par le patient, ou son représentant légal, et le prescripteur**
- Le bon de commande pour les demandes hors APHP**
- Réception des prélèvements : du lundi au jeudi, de 9h à 17h; le vendredi, de 9h à 12h*

S'agit-il d'un test pour un:  cas index  prélèvement de contrôle  apparenté (indiquer identité cas index et le variant familial)

Renseignements biologiques : Leptine sérique : ng/l - (Indiquer le laboratoire du dosage)

Renseignements cliniques obligatoires : **Poids :** **Taille :** **IMC :**  
Age du début de l'obésité =

Il est vivement conseillé d'utiliser l'outil **ObsGen** d'aide à la prescription génétique qui vous guidera dans les examens à demander et vous enverra un PDF des caractéristiques cliniques à joindre à votre demande. <http://obsngen.nutriomics.org/>

**Signes associés :**

Troubles comportement alimentaire (précisez): oui  non

Anomalies endocriniennes (précisez): oui  non

Retard pubertaire (hypogonadisme...): oui  non

Déficiencie intellectuelle: oui  non

ATCD familiaux d'obésité (joindre arbre généalogique): oui  non

Autres éléments médicaux (Syndr. dysmorphique, troubles digestifs, de l'homéostasie glucidique passés ...):

- Analyse(s) demandée(s) :**  Extraction d'ADN
- Recherche de mutation sur le gène MC4R (Récepteur aux mélanocortines de type 4)
  - Recherche de mutation sur le gène LEP (Leptine)
  - Recherche de mutation sur le gène LEPR (Récepteur à la leptine)
  - Recherche de mutation sur le gène POMC (Proopiomélanocortine)
  - Recherche de mutation sur le gène PCSK1/3 (PC1/3 ou Proconvertase de type 1/3)
  - Analyse panel de gènes Obésité rare (voie leptine mélanocortine)