



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
PITIE-SALPETRIERE – CHARLES FOIX
47-83, boulevard de l'Hôpital
75651 PARIS Cedex 13
Standard : 01 42 16 00 00
: 01 42 17 60 60

PITIE-SALPETRIERE

POLE BIOLOGIE MEDICALE ET PATHOLOGIE

BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
ET ONCOLOGIQUE

Chef de Service :

Pr J.M. LACORTE
01 42 16 21 89
jean-marc.lacorte@psl.aphp.fr

Secrétariat du Chef de Service :

V. AMOROS
01 42 16 21 74
virginie.amoros@psl.aphp.fr

Secrétariat du Service :

S. HUBERT-MARFAN
01 42 16 21 73
stephanie.marfan@psl.aphp.fr

P. SANNA

01 42 16 20 31
pierina.sanna@psl.aphp.fr
Télécopie : 01 42 16 20 33

Cadre Supérieur de Santé :

C. LEBAIL
01 42 16 21 76
corinne.lebail@psl.aphp.fr

**U.F. GENETIQUE DE L'OBESITE
ET DES DYSLIPIDEMIES**

www.cgmc-psl.fr
Responsable : Pr. A. CARRIE
01 42 17 76 50

alain.carrie@aphp.fr
Dr. Ph. COUVERT
01 42 17 76 51
philippe.couvert@aphp.fr

Pr. J.M. LACORTE
01 42 16 21 89
jean-marc.lacorte@psl.aphp.fr
Dr. J. LE BEYEC- LE BIHAN
01 42 16 21 95
johanne.lebihan@psl.aphp.fr

**U.F. D'ENDOCRINOLOGIE ET
BIOCHIMIE DE LA REPRODUCTION**

Responsable :
Dr. J.J. BENOLIEL
01 42 16 27 80
jean-jacques.benoliel@psl.aphp.fr

**U.F. D'ONCOBIOCHIMIE ET
BIOCHIMIE PRENATALE**

Responsable :
Dr. M. BERNARD
01 42 16 21 86
maguy.bernard@psl.aphp.fr

UF DE GENETIQUE DE L'OBESITE ET DES DYSLIPIDEMIES

Secteur Obésité

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
EN VUE D'UNE ANALYSE GENETIQUE**

Identification du patient :

étiquette du patient

Nom de naissance:

Nom usuel:

Prénom :

Date de naissance :

Provenant du service :

tampon du service

Identification de l'unité :

Médecin prescripteur (nom et prénom):

.....

Téléphone :

Les prélèvements doivent **obligatoirement** être accompagnés de la **feuille de consentement** signée par le patient ou son représentant légal et de la **feuille de demande de nutriginétique**, joindre également l'arbre généalogique.

MOTIF DE LA DEMANDE (à remplir par le médecin prescripteur) :

Préciser notamment :

-Importance de l'obésité : Poids = Taille = IMC=

-Age du début de la prise de poids :

-Anomalies du comportement alimentaires oui non

Si oui : précisez

- Retard mental oui non

-Anomalies hypothalamo-hypophysaires oui non

Si oui : précisez

-Retard pubertaire oui non

-Syndrome dysmorphique oui non

Si oui : précisez

-ATCD familiaux d'obésité oui non

(Joindre arbre généalogique)

-Autres éléments médicaux en particulier diabète/dyslipidémies/HTA etc...

Traitements



GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE
Laboratoire de Biochimie Endocrinienne et Oncologique – Dr. J-M. Lacorte

Unité Fonctionnelle de Nutrigénétique

6 rue de la Peyronie
Secteur Pitié
47/83, boulevard de
l'Hôpital
75651 PARIS cedex 13

Dr Jean-Marc Lacorte courriel : jean-marc.lacorte@psl.ap-hop-paris.fr
Dr. Johanne Le Bihan courriel : johanne.lebihan@psl.ap-hop-paris.fr tel : 01 42 16 21 95
Ste web : www.cgmc-psl.fr

DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLECULAIRE EN NUTRIGENETIQUE

PRESCRIPTEUR (obligatoire)	PRELEVEUR (obligatoire)	NUMERO ENREGISTREMENT (labo)
NOM : PRENOM : HOPITAL : SERVICE : Nom et CODE UH si APHP : ADRESSE : Téléphone :	Nom : prénom : Date du prélèvement : Heure du prélèvement :	

PATIENT (remplir ou coller l'étiquette GILDA) NOM de naissance: Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NATURE DU PRELEVEMENT adressé : S'agit-il du : 1 ^{er} prélèvement <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sang tube de 7 ml, bouchon violet (EDTA) <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
---	---

ANALYSE(S) MOLECULAIRE(S) DEMANDEE(S)

(Les analyses concernant d'autres gènes que ceux mentionnés ci-dessous ne peuvent être réalisées dans un cadre diagnostique)

-S'agit-il d'un test pour: un cas index
 un apparenté
dans ce cas indiquer : Le nom et le prénom du cas index:
Le numéro de famille éventuellement :

- Renseignements biologiques : Leptine sérique : ng/l (Obligatoire pour la recherche de mutation(s) de LEPR et LEP)
voir aussi « feuille de demande de dosage adipokines » ou indiquer le laboratoire où le dosage de Leptine a été effectué :

- Renseignements cliniques : Poids : Taille : IMC :
- Signes associés à l'obésité (ex : anomalie endocrine, dysmorphie, retard mental , troubles comportement alimentaire...):

- 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 de la leptine)
 Recherche de mutation sur le gène POMC (Proopiomélanocortine)
 Recherche de mutation sur le gène PCSK1 (PC1 ou Proconvertase de type 1)
 Recherche de mutation sur le gène SGLT1 (ou SLC5A1)

- **Joindre impérativement avec le prélèvement :**
 - o la feuille de consentement signée (ou l'attestation de recueil de consentement)
 - o La feuille de renseignements cliniques.
 - o Le bon de commande pour les demandes **hors APHP**
- Préciser les **coordonnées complètes du médecin prescripteur** pour l'envoi du résultat et joindre la feuille de prescription avec la signature du médecin.



Groupe Hospitalier
Pitié-Salpêtrière
47/83 bd de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13

UF de Nutrigénétique

Tel : 01 42 17 79 22

Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique

Tel : 01 42 17 76 47

Fax : 01 42 17 76 18

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Consentement pour une personne Majeure

(établi en 3 exemplaires : 1 pour l'intéressé, 1 pour le laboratoire
et 1 à conserver dans le dossier médical)

Je, soussigné(e) (nom, prénom)

né(e) le

Certifie avoir reçu du Drune information compréhensible concernant (nom de la maladie) : **l'Obésité** qui est associée à de nombreuses complications métaboliques (*comme le diabète et les maladies cardiovasculaires*).....

J'ai compris qu'une analyse génétique m'est proposée à partir d'un prélèvement sanguin (ou d'autre nature). Cette analyse a pour but de déterminer si un de mes gènes ou un de mes chromosomes présente une anomalie en rapport avec l'obésité ou une complication associée. Ce prélèvement sanguin ne pourra pas être utilisé pour d'autres études sans mon consentement.

Les résultats de cette analyse me seront transmis au cours d'une consultation par le médecin prescripteur. Ils resteront confidentiels et ne pourront être communiqués qu'au(x) médecin(s) que je désignerai.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais. J'ai bien compris les implications possibles du test génétique et je pourrai obtenir toute information complémentaire auprès du médecin cité ci-dessus.

Je peux à tout moment décider de ne pas poursuivre cette démarche. Les données génétiques et le matériel biologique me concernant pourront être détruits à ma demande. Dans ce cas, j'en informerai par écrit le médecin désigné ci-dessus. Cette décision ne modifiera en rien ma prise en charge médicale.

J'accepte que cette analyse génétique soit effectuée dans le but :

de rechercher une origine génétique à ma maladie (diagnostic étiologique) :

d'un diagnostic prédictif (gène/ mutation) :

d'une recherche d'hétérozygotie pour une maladie récessive ou liée à l'X (gène/mutation) :.....

J'accepte, que mes résultats soient utilisés pour faciliter la réalisation de tests génétiques chez les membres de ma famille qui en feraient la demande.

OUI

NON

J'accepte que mes échantillons biologiques soient conservés et utilisés à des fins de recherche médicale, dans le cadre de la maladie désignée ci-dessus, sans limitation de temps.

OUI

NON

J'accepte que les résultats de l'analyse génétique soient discutés lors des réunions clinico-biologique entre les praticiens de l'UF de Nutrigénétique qui réalise l'analyse, les médecins du service de nutrition de la Pitié Salpêtrière et le Professeur Karine Clément.

OUI

NON

Fait le à

Signature

Signature du médecin

Les dispositions légales concernant ce consentement sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique.

Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.