



CHECKLIST MODY/HYPERINSULINISME

UN FORMULAIRE DE DEMANDE ET UNE LISTE DE VERIFICATION CLINIQUE DOIVENT ÊTRE REMPLIS PAR PERSONNE

Ces formulaires peuvent être demandés par téléphone ou visitez www.genetica-antwerpen.be

PATIENT

Nom + prénom:

Date de naissance:

Sexe: M / F

ANALYSE DEMANDÉE

MODY panel (multi-gène screening: GCK, HNF1A, HNF4A, HNF1B, ABCC8, KCNJ11, INS)

Indication: MODY diabète néonatal hyperinsulinisme RCAD

Recherche d'une mutation/variant familiale

Spécifiez gène: GCK HNF1A HNF4A HNF1B ABCC8 KCNJ11 INS

Cliniquement affecté: oui non

Spécifiez mutation/variant:

Diabète mitochondrial

DONNÉES CLINIQUES

- Hyperglycémie: Stable Progressive - HbA1c: (valeurs normales:)

- ICA:

- Age au diagnostic:

- Glycémie à jeun: (Date:)

- taille: (Date:)

- poids: (Date:)

- OGTT: 0:..... 120':..... (Date:.....)

- Pathologie associée: Non

Oui, spécifiez:

- Traitement actuel :

- Familiale: Oui Données familiales (arbre généalogique à joindre svp)

Y a-t-il du matériel qui a (déjà) été envoyé à notre service d'un autre membre de la famille: oui / non

Si oui : Nom: Prénom:

Date de naissance: Parenté:

N° du dossier (si connu):

Membres de la famille déjà examinés ailleurs ? Oui / non Si oui, où:

Mutation connue dans la famille? Oui / non Si oui, quelle:

Non