



CHECKLIST MODY

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

Ces formulaires peuvent être demandés par téléphone ou visitez <http://webh01.ua.ac.be/cm/g/>

PATIENT

Nom + prénom:

Date de naissance:

Sexe: M / F

ANALYSE DEMANDÉE (maximum 1)

GCK (MODY 2)

HNF1A (MODY 3)

HNF4A (MODY 1)

HNF1B (MODY 5)

Diabète mitochondrial

DONNÉES CLINIQUES

- Hyperglycémie: Stable

Progressive

- Age au diagnostic:

- Glycémie à jeun: (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, où:

Non