


Critères CLINICO-BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC

Examen de Génétique Moléculaire : Syndrome d'insulino-résistance et/ou de lipodystrophie

ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Origine géographique :
- Consanguinité : oui non inconnue
Si OUI, indiquer le degré :
- ATCD Familiaux : oui non

 JOINDRE un ARBRE GENEALOGIQUE en indiquant cas index et apparentés, avec dates de naissance et phénotype clinique.

MORPHOTYPE

- Poids : kg Taille : m BMI : kg/m²
- Répartition tissu adipeux : androïde gynoïde homogène
- Hypertrophie musculaire : oui non

Localisation :

- Dymorphie : oui non

Si OUI préciser :

LIPODYSTROPHIE : aucune partielle généralisée

- Age d'apparition : an
- Lipoatrophie
 - membres inférieurs
 - membres supérieurs
 - tronc
 - visage
 - autre :
- Lipohypertrophie
 - facio-cervicale (*cushingoïde*)
 - bosse de bison
 - abdominale
- Lipomes
 - description :

DYSLIPIDEMIE

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|--------------------------|
| ○ Triglycérides : | *mmol/L ou g/L | Traitement hypolipémiant |
| ○ Cholestérol total : | *mmol/L ou g/L | |
| ○ LDL cholestérol : | *mmole/L ou g/L | |
| ○ HDL cholestérol : | *mmole/L ou g/L | |

* entourer l'unité utilisée

INSULINO-RESISTANCE/ DIABETE

- Hyperinsulinémie Diabète

- Age au diagnostic : an

Anticorps :	Positif	Négatif	Non recherché
Anti-GAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-IA2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biologie

- Glycémie à jeun : mmol/L
- Insulinémie à jeun : mU/L
- Traitement par insuline oui ⇔ Dose journalière : U/J
 non
- Leptinémie : ng/mL
- HbA1c : %
- Peptide C à jeun : pmol/L
- Adiponectinémie : mg/L

Acanthosis nigricans

- absence peu étendu étendu très étendu

AUTRES SIGNES

- Hypertension artérielle (traitée ou non) : oui non nd*
- Troubles de l'axe gonadotrope (troubles des règles, hirsutisme, SOPK, insuffisance ovarienne précoce...) oui non nd*
Préciser :
- Stéatose et/ou cirrhose hépatique oui non nd*
- Cardiopathie (ischémique, trouble du rythme ou de conduction, cardiopathie dilatée...) oui non nd*
Préciser :
- Maladies autoimmunes oui non nd*
Préciser :
- Maladies inflammatoires (fièvre, CRP élevée, panniculite...) oui non nd*
Préciser :
- Atteintes neurologiques (périphérique type CMT, déficience intellectuelle, atteinte centrale...) oui non nd*
(nd* : non déterminé)
Préciser :
- Autres signes cliniques :

Vérifier la conformité de votre demande d'examen(s) en cochant les cases nécessaires au recto et au verso de ce document