



**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  
À 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)  
Dr O Bluteau  
Dr P Couvert  
*Obésité :* Dr J Le Bihan  
*Maladies biliaires :* Dr P Couvert

[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)  
[philippe.couvert@aphp.fr](mailto:philippe.couvert@aphp.fr)

## DEMANDE DE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE

<p align="center"><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 align="center"><b>PRÉLEVEUR</b> <b>(obligatoire)</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Date : .....</p> <p>Heure : .....</p>	<p align="center"><b>PRESCRIPTEUR</b> <b>(Sénior obligatoire)</b></p> <p>Nom, Prénom : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Institution : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Tel. : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>N° RPPS : .....</p> <p>Signature : .....</p>
<p align="center"><b>Étiquette UF</b></p>	<p align="center"><b>Étiquette GENNO</b></p> <p align="center"><b>NE RIEN COLLER À CET ENDROIT</b></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
- **Joindre : le formulaire de consentement éclairé signé par le patient ou son représentant légal 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**

Prélèvement de contrôle ?  Non  Oui Si oui, ne nécessite pas un nouveau consentement  
 Mutation familiale connue ?  Non  Oui Si oui, préciser laquelle :  
 Lien de parenté avec le sujet porteur de la mutation:

**HyperHDLcholestérolémie - CETP** (en g/l)

Bilan lipidique avec HDLc <sub>max</sub> [ CT: LDL-C: HDL-C: TG:	Bilan lipidique avec HDLc <sub>min</sub> [ CT: LDL-C: HDL-C: TG:
--	--

**Xanthomatose cérébrotendineuse - Cyp27A1**  
Cholestanol plasmatique (µmol/l):

**Prédisposition à la maladie d'Alzheimer - Génotypage ApoE**

**Prédisposition à la hyalinose segmentaire et focale - Génotypage ApoL1**

Autre Préciser: