



**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  
A 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  
DE CHOLESTASE DE L'ADULTE**

<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 (obligatoire)</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Date : .....</p> <p>Heure : .....</p>	<p align="center"><b>PRESCRIPTEUR (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" style="color: red; font-weight: bold; transform: rotate(-15deg);">NE RIEN COLLER À CET ENDROIT</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) et le prescripteur 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 ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, ne nécessite pas un nouveau consentement
Apparenté(s) atteints(s) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, joindre l'arbre généalogique
Mutation familiale connue ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, préciser laquelle :
Lien de parenté avec le sujet porteur de la mutation :		

**1**

**Cholestase gravidique récurrente ou familiale**      Nb d'épisodes : .....

ALAT<sub>max</sub> (µM) : .....      Bilirubine<sub>max</sub> (µM) : .....      Acides biliaires sériques<sub>max</sub> (µM) : .....

**2**

**Cholestase récurrente bénigne**       Épisode(s) d'ictère cholestatique avec prurit      Nombre : .....

γGT<sub>max</sub> (UI/L) : .....      Bilirubine<sub>max</sub> (µM) : .....      Imagerie hépatique :     Normale

Anomalie : .....

**Cholestase intra-hépatique familiale progressive**

γGT<sub>max</sub> (UI/L) : .....      Bilirubine<sub>max</sub> (µM) : .....      Acides biliaires sériques<sub>max</sub> (µM) : .....

(pour cotations, voir [www.cgmc-psl.fr](http://www.cgmc-psl.fr), UF de Génétique de l'Obésité et des Dyslipidémies)