



**REGIONE VENETO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITÀ DI PADOVA**  
**CLINICA MEDICA 3**  
*Direttore: Prof. G. Federspil*

Padova,.....

Alla cortese attenzione del  
Responsabile di Distretto .....

ASL.....

Il Sig..... è affetto da obesità grave/familiare/infantile, condizione che rappresenta un'indicazione alla ricerca delle mutazioni più frequenti associate all'obesità (gene MC4R, gene Ob, Gene ObR).

Con la presente si richiede pertanto l'autorizzazione all'esecuzione di tali indagini genetiche presso il Laboratorio Endocrino-metabolico (Clinica Medica 3, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Azienda Ospedaliera-Università di Padova) nell'ambito delle prestazioni di nicchia riconosciute dalla Regione Veneto.

*Il Medico Referente*

.....

*Riferimenti bibliografici:*

1. Perusse L, et al. The human obesity gene map: the 2004 update. *Obes Res.* 2005;13:381-490.
2. Farooqi IS. Chapter 6: Monogenic human obesity syndromes. *Prog Brain Res.* 2006;153:119-25.
3. O'Rahilly S, Farooqi IS. Genetics of obesity. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2006 29;361(1471):1095-105