

Žádanka k molekulárně-genetickému vyšetření

Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

Pojišťovna: _____ Pohlaví: ženské mužské
Adresa: _____
Má zkoumanou nemoc: _____
ano ne
Telefon, email: _____

Jméno a příjmení pacienta, pokud je vyšetřovanou osobou člen rodiny:

Č. pojištěnce/rodné číslo: _____ Příbuzenský vztah k vyšetř. osobě: _____

Primární vzorek / materiál	Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba souhlasí:
krev odebraná do EDTA: <u>2 ml</u>	s vyšetřením DNA
DNA izolovaná z:	s uskladněním primárního vzorku a DNA
koncentrace:	s využitím DNA k výzkumným účelům
čistota:	s využitím DNA k inter./exter. kontrole kvality
sliny	žádá o sdělení náhodných nálezů
jiný:	žádá o likvidaci vzorku po vyšetření

*Odesláním žádanky potvrzují, že pacientem či zákonným zástupcem je podepsán informovaný souhlas, který je buď uložen v dokumentaci, nebo přiložen k této žádance.

Informace k odběru	Indikující lékař
Datum a čas odběru primárního vzorku, jméno a podpis osoby, která odběr provedla:	Datum a čas indikace: _____ Urgence _____ statim _____
	Jméno, příjmení, email, odbornost, IČP, adresa pracoviště, razítko a podpis:
Záznamy laboratoře	
Datum a čas příjmu vzorku a žádanky:	
Jméno a podpis osoby, která přijala vzorek:	

Dotazník k žádance na molekulárně-genetické vyšetření hyperinzulinismu (HI)

Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

Adresa pro odeslání vzorků, žádanky a dotazníku:

Sekretariát Pediatrické kliniky
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84, 15006 Praha 5

Rodné číslo / datum narození:

Kontakt v případě dotazů:

RNDr. Petra Dušátková Ph.D. petra.dusatkova@lfmotol.cuni.cz
Tel. +420 224432049, +420 224432028

Perinatální anamnéza

Porodní hmotnost: _____ Porodní délka: _____
Týden těhotenství v době narození: _____ Zvláštnosti poporodní adaptace: _____

Diagnóza hyperinzulinismu (laboratorní výsledky v okamžiku hypoglykémie)

Věk / datum:

Hypoglykémie symptomatická: ne ano okolnosti: _____

Glykémie (mmol/l): _____ C peptid (pmol/l): _____

Inzulín (mIU/l): _____ Kortizol (nmol/l): _____

STH (GH): _____ Ketolátky v moči: ne ano ?

Amoniak v krvi: _____ Jiné: _____

Léčba

Max. i.v. glukóza v dávce (mg/kg/min): _____ jak dlouho: _____

Diazoxid (Proglycem) (mg/kg/den): _____

Octreotid (Sandostatin) (mg/kg/den): _____

Současná léčba: _____

Poznámky k terapii: _____

Remise: ne ano věk: _____

Další komplikace

Jméno, příjmení vyšetřované osoby:

Rodné číslo / datum narození:

VPRAVO PROSÍM UVEĎTE RODOKMEN.

Detaily pak uveďte v tabulce, popř. připojte další listy.

Příbuzenský vztah k vyšetřované osobě:	Matka	Otec	Sourozenec 1				
Jméno a příjmení							
Rodné č. (či rok nar.)							
Žije?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?
- rok úmrtí, příčina							
Má / měl diabetes?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?
Má / měl nediabetické hypoglykémie	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> NE, <input type="checkbox"/> ANO, <input type="checkbox"/> ?
- nynější výška / hm.	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg	___ cm / ___ kg