

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: koncentrace: čistota:	s uskladněním primárního vzorku a DNA
	s využitím DNA k výzkumným účelům
	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:

Rodné číslo / datum narození:

Adresa pro odeslání vzorků, žádanky a dotazníku:

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

Kontakt v případě dotazů:

RNDr. Petra Dušátková Ph.D. petra.dusatkova@lfmotol.cuni.cz
Tel. +420 257 296 663, +420 257 296 426

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.

Details 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