

## 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. pojištění/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 monogenních forem diabetu:  
MODY, syndrom renálních cyst a diabetu (RCAD) a neonatální diabetes (ND)**

**Jméno a příjmení vyšetřované osoby:**

**Rodné číslo / datum narození:**

**Adresa pro odeslání vzorků, žádanky a dotazníku:**

Sekretariát Pediatriké 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](mailto: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 diabetu**

Věk / datum:

Glykémie při diagnóze:

V souvislosti s těhotenstvím: ano  ne

C peptid (pmol/l): při glykémii:

**Nynější stav**

**Hmotnost:**

**Výška:**

**HbA1c (mmol/mol):**

**C peptid (pmol/l):** při glykémii:

**Pankreatické autoantilátky:**

GADA: negativní  pozitivní  nevyšetřeno

IAA: negativní  pozitivní  nevyšetřeno

IA-2A: negativní  pozitivní  nevyšetřeno

ICA: negativní  pozitivní  nevyšetřeno

ZnT8: negativní  pozitivní  nevyšetřeno

**oGTT: datum:**

Glykémie (mmol/l): 0 min: 60 min: 120 min:

**Léčba po stanovení diagnózy:**

**Léčba nyní:**

**Zdravotní komplikace**

Retinopatie: ne  ano  ?  Svalová slabost: ne  ano  ?

Neuropatie: ne  ano  ?  Vývojové opoždění: ne  ano  ?

Nefropatie: ne  ano  ?  Epilepsie: ne  ano  ?

Renální cysty: ne  ano  ?  Pankreatická hypoplázie: ne  ano  ?

Anomálie ledvin: ne  ano  ?  Megaloblastická anémie: ne  ano  ?

Renální hypomagnezémie: ne  ano  ?  Porucha sluchu: ne  ano  ?

Další, zde neuvedené:

**Jméno, příjmení vyšetřované osoby:****Rodné číslo / datum narození:****VPRAVO PROSÍM UVEĎTE RODOKMEN.**

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

Příbuzenský vztah k probandovi:	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"/> ?
- je / byl obézní?	<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
- léčba DM od věku							
- léčba DM čím							