

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 potvrzuji, 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: <input type="checkbox"/> 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:

Adresa pro odeslání vzorků, žádanky a dotazníku:

Sekretariát Pediatrické kliniky (Dětská část, 1. patro, uzel D)
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. +420 257 296 663, +420 257 296 426

Perinatální anamnéza

Porodní hmotnost: _____ Porodní délka: _____
Týden těhotenství v době narození: _____ Zvláštnosti porodní 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 autoprotilátky: 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.**

Detaily 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							