

### Žádanka k molekulárně-genetickému vyšetření

<b>Jméno a příjmení vyšetřované osoby:</b>	
Pojišťovna:	Pohlaví: ženské <input type="checkbox"/> mužské <input type="checkbox"/>
Adresa:	Má zkoumanou nemoc: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Telefon, email:	
<b>Jméno a příjmení pacienta, pokud je vyšetřovanou osobou člen rodiny:</b>	
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)

<b>Jméno a příjmení vyšetřované osoby:</b>	<b>Adresa pro odeslání vzorků, žádanky a dotazníku:</b> Sekretariát Pediatrické kliniky (Dětská část, 1. patro, uzel D) Fakultní nemocnice v Motole V Úvalu 84, 15006 Praha 5
<b>Rodné číslo / datum narození:</b>	<b>Kontakt v případě dotazů:</b> RNDr. Petra Dušátková Ph.D. <a href="mailto:petra.dusatkova@lfmotol.cuni.cz">petra.dusatkova@lfmotol.cuni.cz</a> 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 <u>okamžiku hypoglykémie</u> )	
<b>Věk / datum:</b>	
Hypoglykémie symptomatická: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> okolnosti:	
<b>Glykémie (mmol/l):</b>	C peptid (pmol/l):
<b>Inzulín (mIU/l):</b>	Kortizol (nmol/l):
STH (GH):	Ketolátky v moči: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Amoniak v krvi:	Jiné:
Léčba	
Max. i.v. glukóza v dávce (mg/kg/min):	jak dlouho:
Diazoxid (Proglidem) (mg/kg/den):	
Octreotid (Sandostatin) (mg/kg/den):	
Současná léčba:	
Poznámky k terapii:	
Remise: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> 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				
<b>Jméno a příjmení</b>							
<b>Rodné č. (či rok nar.)</b>							
<b>Žije?</b>	<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							
<b>Má / měl diabetes?</b>	<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"/> ?
<b>Má / měl nediabetické hypoglykémie?</b>	<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