

### 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
		statim
	Jméno, příjmení, email, odbornost, IČP, adresa pracoviště, razítko a podpis:	
<b>Záznamy laboratoře</b>		
Datum a čas příjmu vzorku a žádanky:		
Jméno a podpis osoby, která přijala vzorek:		

### Dotazník k žádance na molekulárně-genetické vyšetření dědičných 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](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 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				
<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"/> ?
- 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							