



Monogénový diabetes

molekulárne gentická analýza génov, zodpovedných za zriedkavé formy monogénového diabetu

Vedúci laboratória: Prof. MUDr. Iwar Klimeš, DrSc. (tel/fax: 02-54772687, e-mail: iwar.klimes@savba.sk)

Vedúca DNA diagnostiky: Mgr. Daniela Gasperiková, CSc., (tel: 02-5477 2800, mobil: 0905 681 978, e-mail: daniela.gasperikova@savba.sk)

Odborný pracovník: RNDr. Miroslava Hučková (tel.: 02-5477 2800, mobil: 0907 138 830, e-mail: miroslava.huckova@savba.sk)

Údaje o pacientovi

Meno:.....
Priezvisko:.....
Date of birth:
Kód poisťovne:
Zdravotná poisťovňa:.....
Etnikum:.....

Údaje o žiadateľovi

Meno lekára:.....
Adresa:.....
Tel:..... Fax.....
e-mail:
dátum odberu vzorky.....

Informácie o pacientovi

Pri narodení: Výška /cm/.....Hmotnosť /kg/.....

Rastové krivky:.....

Distribúcia tuku.....

Akantóza áno (vek objavenia sa.....) nie

Hirzutizmus áno (vek objavenia sa.....) nie

Závažnosť.....

Dysmorfické črty.....

Vek **menarché**.....Cyklus.....*dňový pravidelný, nepravidelný*

Fertilita - ľahká koncepcia áno nie

- počet abortov..... gestačný týždeň.....

Diabetes: Je sledovaný pre DM/IGT áno nie

DM pôvodne diagnostikovaný ako (uved'te typ).....

Začiatok ochorenia vo veku..... rokov

Príznaky na začiatku ochorenia (podčiarknite)

Polyúria, Polydipsia, Polyfágia, Schudnutie, Ketoacidóza

Hypoglykémie pre začiatkom DM áno nie

Vek začiatku..... závažnosť.....

Diagnostikované ochorenie počas gravidity? áno nie

Glykémia nalačno:.....mmol/l

oGTT: 0min...30min...60min...90min...120min...mmol/l

HbA1c.....% Dátum.....

Referenčné hodnoty HbA1c:%

C-peptid..... Dátum.....

Referenčné hodnoty C-peptidu.....

anti-GAD pozit. negat.

IA-2A pozit. negat.

IAA pozit. negat.

Súčasný stav Výška /cm/.....Hmotnosť /kg/.....

Glykémia nalačno:..... mmol/l

oGTT:/dátum/.....

0min...30min...60min...90min...120min...mmol/l

HbA1c.....% Dátum.....

Referenčné hodnoty HbA1c:%

C-peptid..... Dátum.....

Referenčné hodnoty C-peptidu.....

Terapia na začiatku ochorenia.....

Počet mesiacov na diéte.....

Počet mesiacov na PAD.....

Počet mes. na inzulíne....dávka: počet U/kg/deň.....

Terapia v súčasnosti.....

Komplikácie

Nefropatia áno nie

Retinopatia áno nie

- stupeň.....

Neuropatia áno nie

Metabolizmus

Cholesterol celkový.....HDL.....

Triacylglyceroly.....

Testosterón.....SHBG.....LH.....

FSH.....Estradiol.....IGF-1.....

CGMS.....

Kožné riasy:.....

...vyplňte prosím aj druhú stranu



Diabetes v rodine probanda

(uved'te typ DM, vek začiatku, terajší vek, terapiu, u súrodencov aj ich počet)

| | | <i>typ DM</i> | <i>vek začiatku</i> | <i>terajší vek</i> | <i>terapia</i> | <i>počet</i> | |
|---------------------------|------------------------------|---------------|---------------------|--------------------|----------------|--------------|---|
| Otec | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jeho bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jeho sestry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Otcov otec | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jeho bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jeho súrodenci | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Otcova matka | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jej bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jej sestry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Matka | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jej bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jej sestry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Matkin otec | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jeho bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jeho súrodenci | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Matkina matka | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie |
| - jej bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - jej sestry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Súrodenci - bratia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - sestry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| Deti - synovia | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |
| - dcéry | <input type="checkbox"/> áno | | | | | | <input type="checkbox"/> nie počet..... |

Iní príbuzní s DM..... Iní príbuzní s DM

Rodinná anamnéza hluchoty, renálnych cyst, dedičných porúch /meno, príbuzenský vzťah, vek/.....

Ak ste posielali vzorky krvi od iných členov rodiny, prosím špecifikujte meno, priezvisko, dátum narodenia a rodinný vzťah:.....

