



Molekulárno genetická analýza mitochondriálnej DNA

MIDD (Maternally Inherited Diabetes and Deafness)

MELAS (Mitochondrial myopathy, Encephalopathy, Lactic Acidosis, Stroke)

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. Martina Škopková, PhD. (tel.: 02-5477 2800, mobil: 0903 813 248, e-mail: martina.skopkova@savba.sk)

Údaje o pacientovi

Meno:.....

Priezvisko:.....

Rodné číslo:

Kód poisťovne:

Zdravotná poisťovňa:.....

Etnikum:.....

Údaje o žiadateľovi

Meno lekára:.....

Adresa:.....

.....

Tel:..... Fax.....

e-mail:

dátum odberu vzorky.....

Informácie o pacientovi

Výška /cm/.....Hmotnosť.....TK.....

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

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.

Komplikácie

Nefropatia áno nie

Retinopatia áno nie

- stupeň

Neuropatia áno nie

Iné.....

Terapia na začiatku ochorenia.....

Počet mesiacov na diéte

Počet mesiacov na PAD.....

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

Terapia v súčasnosti.....

Metabolizmus

Cholesterol celkový.....HDL.....

Triacylglyceroly.....

.....

Laktátová acidóza v minulosti áno nie

Laktát.....mmol/l pH:..... BE:.....mmol/l

.....

Porucha sluchu áno nie

Vek začiatku poruchy sluchu v rokoch.....

Porucha vnímania frekvencií nad 5kHz

áno nie

Iná porucha sluchu (špecifikujte).....

.....

Myopatia áno nie

výsledok EMG.....

.....

Encefalopatia áno nie

Cievna mozgová príhoda áno nie

MRI.....

Iné: (makulárna dystrofia, kardiomyopatia)

.....

Echokardiografia.....

.....

.....

...vyplňte prosím aj druhú stranu



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

Porucha sluchu alebo MELAS v rodine probanda (uved'te typ, prípadne aj rok začiatku)

	<input type="checkbox"/> áno	typ DM	vek začiatku	terajší vek	terapia	počet	<input type="checkbox"/> nie	hluchota/MELAS
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
Iní príbuzní s hluchotou.....	Iní príbuzní s hluchotou.....
Iní príbuzní s MELAS	Iní príbuzní s MELAS.....
Rodinná anamnéza renálnych cyst, myopatie, dedičných porúch /meno, príbuzenský vzťah, vek/.....	

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

