



## MODY (Maturity Onset Diabetes of Young) Molekulárno genetická analýza génov pre MODY-3 (*HNF-1 $\alpha$* ), MODY-2 (*glukokináza*) a MODY-1 (*HNF-4 $\alpha$* )

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

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

Pôrodná hmotnosť...../g/ Gestačný týždeň.....

Výška /cm/.....Hmotnosť.....TK.....

Je sledovaný pre DM/IGT  áno  nie

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

Glykémia nalačno pri zistení DM.....v súčasnosti..... mmol/l  
oGTT:

0 min.....30 min.....60 min..... 90 min..... 120 min.....

Začiatok ochorenia vo veku..... rokov

Hypoglykémie v detstve:  áno  nie vek.....

Príznaky na začiatku ochorenia

Polyúria  áno  nie

Polydipsia  áno  nie

Polyfágia  áno  nie

Schudnutie  áno  nie

Ketoacidóza  áno  nie

Iné.....

Diagnostikované ochorenie počas gravidity?  áno  nie

Terapia na začiatku ochorenia.....

Počet mesiacov na diéte .....

Počet mesiacov na PAD .....

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

Terapia v súčasnosti.....

GADA  pozit.  negat.

IAA  pozit.  negat.

IA-2A  pozit.  negat.

C-peptid.....Dátum.....

Referenčné hodnoty C-peptidu.....

HbA1c.....% Dátum.....

Referenčné hodnoty HbA1c: .....

### Komplikácie

Nefropatia  áno  nie

Retinopatia  áno  nie

- stupeň .....

Neuropatia  áno  nie

Cholesterol celkový.....HDL.....

Triacylglyceroly.....

Hluchota  áno  nie

Renálne cysty  áno  nie

Iné ochorenia .....

Vyplňte prosím aj druhú stranu



**Diabetes v rodine probanda**

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

		typ DM	vek začiatku	terajší vek	terapia	počet	
<b>Otec</b>	<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.....
<b>Matka</b>	<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.....
<b>Súrodenci - bratia</b>	<input type="checkbox"/> áno	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> nie počet.....
- sestry	<input type="checkbox"/> áno	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> nie počet.....
<b>Deti - synovia</b>	<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:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....