

DEBRECENI EGYETEM KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA • www.kbmpi.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja: Naplósorszám/törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály:

NEM: férfi nő TB AZONOSÍTÓ JEL:

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:
LAKCÍM: SZÜLETÉSI DÁTUM: év hó nap

DIAGNÓZIS: BNO KÓD:

Térítési kategória: *Feltétlenül kitöltendő, ld. a hátoldalon!*

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

DÁTUM: év hó nap orvosi pecsétszám:

PH.

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

DÁTUM: év hó nap orvosi pecsétszám:

MONOGÉNES DIABETES GENETIKA • Telefon: (52) 255-039

CSALÁDVIZSGÁLAT ESETÉN AZON CSALÁDTAGOK NEVE ÉS ROKONSÁGI FOKA, AKIKTŐL MINTÁT KÜLDTEK:

.....
.....

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA: év hó nap **A mintát nem szabad lefagyasztani!**

VIZSGÁLATI MINTA: citrátos vér EDTA-s vér egyéb

KLINIKAI INFORMÁCIÓK

A diabetes felismerésének dátuma: év

BMI:

Édesapa BMI-je:

Édesanya BMI-je:

A diabetes felismerésekor indított kezelés és időtartama:

Életkor a diabetes felismerésekor:

Jelenlegi kezelése és annak kezdete:

Legutóbbi éhgyomri vércukor (FBG) és OGTT eredménye:

FBG vagy 0h:..... 2h:.....mmol/L. Dátum:

Korábbi (első) FBG vagy OGTT eredménye:

FBG vagy 0h:..... 2h:.....mmol/L. Dátum:

GAD: Korábbi

ICA a diabetes felismerésekor:

C-peptid:.....pmol/L (referencia tartomány:.....pmol/L)

HbA1c:.....% (referencia tartomány:.....)

hsCRP:

MODY- kalkulátor PPI értéke:

Születési súly:

Gestatio:

Terhesség során ismerték fel? I/N

Sulphonylureára reagált? I/N

Acanthosis nigricans? I/N

Komplikációk:

Vesecysták: I/N

Proteinuria: I/N

Veseelégtelenség: I/N

Süketség: I/N

Retinopathia: I/N

ISZB: I/N

PAD: I/N

DKA: I/N

letölthető a kérdések a www.diabetesgenes.org lapon

CSALÁDI ANAMNÉZIS

Amennyiben van/volt beteg a családban, kérjük, adja meg a diagnózis megállapítása kori életkort és a jelenlegi kezelést (diéta, orális antidiabetikum (OAD), inzulin, pl. 15/diéta, 31/OAD). Ha a családban volt diabeteses rokon, részletezze:

Fordult-e elő a családban vesecysta, proteinuria, veseelégtelenség?

A rendelkezése álló adatok alapján melyik gén vizsgálatát javasolja?

HNF1A (MODY3) HNF4A (MODY1) GCK (MODY2) KCNJ11 (NDM) Egyéb:

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA

ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

DIAGNÓZIS

Feltétlenül kitöltendő!

TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvő beteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

TELEFONSZÁM

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

MEGJEGYZÉS

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

VIZSGÁLATOK KÉRÉSE

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

A csillaggal (*) jelzett vizsgálatoknál kérjük, hogy a módszertani levélnek megfelelően járjanak el.

VIZSGÁLATI MINTA

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje, egyéb minta esetén kérjük a minta típusának megnevezését.

A vizsgálati mintát postai úton is el lehet küldeni. A mintát nem szabad lefagyasztani, elküldésig +4 °C-on kérjük tárolni!

A t(9;22) vizsgálatokra mintát minden nap 14 óráig fogadunk el, a mintavétel és a minta beérkezése között maximum 6 óra telhet el!