

SKIEROWANIE**Do Zakładu Genetyki Klinicznej
Do Poradni Genetyki Klinicznej**.....2014r.
miejsowość, data

Proszę o porady specjalistyczne / wykonanie badania genetycznego dla pacjenta:

Pan/ Pani....., lat.....

Adres.....

PESEL _____ telefon.....

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

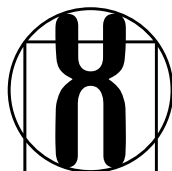
kod (ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie): genetyczne badanie molekularne w kierunku cukrzycy monogenowej**Badania dotychczas wykonane**.....
..........
czytelny podpis i pieczęć lekarza**Skrócona charakterystyka kliniczna pacjenta:**

płeć		masa urodzeniowa	wiek zachorowania	cukrzyca w rodzinie (tak? u kogo?)	aktualne glikemie	kwasica ketonowa przy rozpoznaniu		poliuria /polidypsja przy rozpoznaniu	
K	M					TAK	NIE	TAK	NIE

wiek w chwili badania	wzrost w chwili badania	masa ciała w chwili badania	dawka dobową insuliny (jednostki)	doustne leki przeciwcukrzycowe (tak? jakie?)	ostatni wynik HbA1c (%)	powikłania cukrzycy i choroby towarzyszące

Peptyd C (jednostki + norma)	przeciwciała przeciwcukrzycowe: ICA, anty-GAD, IA2, IAA (wartość, jednostki + norma)	USG nerek, wątroby, trzustki

Prosimy dołączyć kserokopie wypisów szpitalnych / kart informacyjnych z rozpoznaniem cukrzycy.

**Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej
Katedry Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej**
Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
budynek A1 poziom 9
wejście wschodnie od ul. Czechosłowackiej

Zakład:
tel. 42 272 57 67,
genetyka@kardio-sterling.lodz.pl
Poradnia:
tel. 42 272 53 53, tel. 42 272 53 55
porgen@cskis.umed.pl