



Zakład Genetyki  
Instytut centrum Zdrowia Matki Polki  
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289  
tel. 42 271 12 71; fax.: 42 271 12 70



## KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA DO PROJEKTU BADAWCZEGO

### INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia (dz/m/r):.....

PESEL:.....

Płeć:  żeńska  męska  nieznana

Adres kontaktowy:.....

Telefon kontaktowy:.....

### INFORMACJE O JEDNOSTCE ZGŁASZAJĄCEJ PACJENTA

Nazwa jednostki:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Nazwisko i imię lekarza zlecającego badanie:

Telefon kontaktowy:.....

E-mail.....

### INFORMACJE KLINICZNE

• Kliniczne objawy choroby:.....

• Czy występują obawy spoza układu płciowego? .....

• Ocena zewnętrznych narządów płciowych w skali Pradera (proszę zaznaczyć „x” we właściwej kratce):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prawidłowe ♀	I	II	III	IV	V	prawidłowe ♂	

• Obecność jader w mosznie:  tak  nie  nie dotyczy

• Obecność struktur pochodzących z przewodów Mullera (rodzaj badania obrazowego:.....):

tak  nie

• Karyotyp: (jeśli oceniany).....

• Wyniki badań hormonalnych (jeśli wykonane):

17-hydroksyprogesteron: ..... norma:.....jednostka:.....

AMH:..... norma:.....jednostka:.....

testosteron:..... norma:.....jednostka:.....

FSH:..... norma:.....jednostka:.....

LH:..... norma:.....jednostka:.....

• Profil steroidowy moczu (metoda GC/MS):

tak

nie

Jeśli TAK, proszę załączyć kserokopię wyniku.

• Test stymulacji HCG:

.....  
.....

• Test stymulacji z Synacthenem:

.....  
.....

• Inne badania hormonalne:

..... norma:.....jednostka:.....

..... norma:.....jednostka:.....

• Czy dotychczas wykonano u Pacjenta badanie molekularne?

tak

nie

Jeśli TAK, to w jakim ośrodku było wykonywane i w kierunku jakiej choroby.....

.....

• Czy wywiad rodzinny jest obciążony?

tak

nie

Jeśli TAK, to oznaczyć stopień pokrewieństwa osoby chorej z osobą badaną i rodzaj nieprawidłowości

.....

• Czy na podstawie danych klinicznych postawiono rozpoznanie?

tak

nie

rozpoznanie wstępne: .....

rozpoznanie końcowe:.....

Uwagi:

.....  
.....  
.....

**Wypełnia Zakład Genetyki ICZMP**

Numer identyfikacyjny zgłoszenia:.....

Zgłoszenie zakwalifikowane do projektu:

tak

nie

Osoba kwalifikująca:.....

Data przyjęcia zgłoszenia:.....

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO  
NA BADANIE

Data: .....