



ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ
ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΟΥ CYP11B2

Όνομα ασθενούς:..... Η/Γ:.....
 Ημερομηνία Αιμοληψίας DNA No.....
 Όνομα Πατέρα:..... ΗΓ:.....
 Καταγωγή Πατέρα: DNA No.....
 Όνομα Μητέρας:..... Η/Γ:.....
 Καταγωγή Μητέρας: DNA No.....
 Διεύθυνση κατοικίας: ΤΚ:.....
 Τηλέφωνο: email:.....
 Παραπέμπων Ιατρός: Τηλέφωνο:.....
 Εξόφληση: ΝΑΙ ΟΧΙ Συγκατάθεση : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ημερομηνία.....

Συμπτώματα:.....

 Ηλικία Έναρξης Συμπτωμάτων:
 Θεραπεία:

 Οικογενειακό ιστορικό:.....

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημερομηνία.....

Εργαστηριακά ευρήματα (Φ.Τ.)	
K (mmol/l)	
Na (mmol/l)	
Cl (mmol/l)	
Αλδοστερόνη (ng/dl)	
Ρενίνη (pg/ml) or PRA	
Ρενίνη/Αλδοστερόνη	
DHEAS (μg/dl)	
Δ4-A (ng/ml)	
ACTH (pg/ml)	
Κορτιζόλη	
17-OH-Προγεστερόνη	