



ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΦΥΛΟΥ

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

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημερομηνία Ελέγχου:
Προγεννητικός έλεγχος.....
Καρυότυπος.....
Αμφίβολα έξω γεννητικά όργανα Ναι..... Οχι.....
Μέγεθος φαλλού.....
Υποσπαδίας Ναι..... Οχι.....
Κρυψορχία Ναι..... Οχι.....
Ψηλαφητοί όρχεις/εντόπιση..... Δεξιός..... Αριστερός.....
Άλλα ευρήματα:.....
.....
.....
Οικογενειακό ιστορικό.....
.....
.....
.....
.....
.....
Γονίδιο/α προς εξέταση.....



ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΦΥΛΟΥ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ημερομηνία.....

Ημερομηνία.....

Εργαστηριακές εξετάσεις	Δοκιμασία SYNACTHEN		
	0'	30'	60'
17 ΟΗΡ (βασική τιμή) (ng/ml)			
Κορτιζόλη (βασική τιμή) (μg/dl)			
ACTH (pg/ml)			
Δ4-A (ng/ml)			
DHEA (μg/dl)			
Τεστοστερόνη (ng/dl)			
Διυδροτεστοστερόνη			
LH			
FSH			
AMH			
Inhibin B			
Προλακτίνη			
β-hCG			
K mmol/L			