



ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

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:

Υπογλυκαιμία:.....

Ίκτερος: :.....

Μικροπειϊσμός.....

Δυσμορφικά χαρακτηριστικά.....

Διαταραχές μέσης γραμμής.....

Άποιος Διαβήτης..... Ναι.....Όχι.....

MRI

Υποπλασία Αδενούπόφυσης	Ναι.....	Όχι.....
Υπερπλασία Αδενούπόφυσης	Ναι.....	Όχι.....
Εκτοπη Νευροϋπόφυση	Ναι.....	Όχι.....
Διατομή Μισχου	Ναι.....	Όχι.....
Αδένωμα.	Ναι.....	Όχι.....

Άλλα ευρήματα:.....

.....

.....

