



ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΦΥΣΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Όνομα ασθενούς:.....ΑΜΚΑ:.....
 Η/Γ:Ημερομηνία Αιμοληψίας.....DNA No.....
 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:.....
 Ικτερος: :.....
 Μικροπείσμος.....
 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:.....

