



**ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΘΕΤΑΣΗΣ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ**  
**ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΟΥ CYP11B2**

Όνομα ασθενούς:..... Η/Γ:.....  
 Ημερομηνία Αιμοληψίας: ..... ΑΜΚΑ:..... 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	