



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΙΣΜΟ

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

Ημερομηνία γέννησης:Διάρκεια κύησης:
Βάρος Γέννησης (gr) :.....Μήκος γέννησης (cm):.....
Περιγεννητική ασφυξία: ΝΑΙ...../όχι.....
Συνδρομικά χαρακτηριστικά:.....
Ηλικία Διάγνωσης Υπερινσουλιτισμού.....
Διάρκεια Υπερινσουλιτισμού.....
Θεραπεία.....
Ανταπόκριση στη θεραπεία.με Διαζοξίδη.....
Ανταπόκριση στη θεραπεία.με οκτρεοτίδη.....
Παγκρεατεκτομή: ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία. Πρώτου ελέγχου.....
Γλυκόζη:..... Ινσουλίνη:..... C-Peptide.....
Αμμωνία..... Κετόνες.....
Βάρος (kg):.....Υψος(cm):.....BMI:.....
Ημερομηνία..δεύτερου ελέγχου.....
Γλυκόζη:..... Ινσουλίνη:..... C-Peptide.....
Αμμωνία..... Κετόνες.....
Βάρος (kg):.....Υψος(cm):.....BMI:.....
Συνοδές παθήσεις:.....



ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΙΣΜΟ

Οικογενειακό Ιστορικό

Συγγένεια Γονέων.....

Υπογλυκαιμία

Μητέρα Πατέρας.....

Σακχαρώδης Διαβήτης

ΜητέραΗλικία Διάγνωσης.....Θεραπεία.....

Πατέρας.....Ηλικία Διάγνωσης.....Θεραπεία.....