

## Remiss, MODY-diagnostik

Klinisk kemi  
**205 02 MALMÖ**  
Tel: 040-331420  
Fax: 040-336286

Betalningsansvarig om annan än beställaren	Remitterande läkare(textat)		Personnummer
	Arbetsadress		<input type="text"/>
	Arbetstelefon		<input type="text"/>
Meddelande till laboratoriet	E-post		Plats för laboratoriets streckkodsetikett
Provtagarens signatur	Provtagningsdatum	Laboratoriets anteckningar	

(Uppgifter i streckade rutor **SKALL** fyllas i.)

<b>Patient</b>	<b>Ålder vid diagnos av diabetes</b> ..... Förekomst av graviditetsdiabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>BMI</b> Patientens ..... Faderns ..... Moderns .....	<b>Diabetesbehandling</b> Initial ..... startdatum ..... Nuvarande ..... startdatum .....	<b>Komplikationer</b> Förekomst av retinopati <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förekomst av mikroalbuminuri <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förekomst av njurcystor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förekomst av njursvikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Känslighet för sulfonylurea <input type="checkbox"/> Låg <input type="checkbox"/> Kraftig <input type="checkbox"/> Vet ej
----------------	---	--	---	--

<b>Laboratorie-värden</b>	fP-Glukos ..... datum OGTT (2 tim) ..... datum fP-C-peptid ..... datum B-HbA1c ..... datum P-GADA <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg ..... datum	P-Kolesterol ..... datum P-LDL ..... datum P-HDL ..... datum P-ApoA1 ..... datum P-ApoB ..... datum P-Triglycerider ..... datum P-Kreatinin ..... datum
---------------------------	---	---

### Familjemedlemmar med diabetes (Fyll i om uppgifter finns)

	Diagnosålder (år)	Behandling (diet/tabletter/insulin)	Personnummer om DNAprov skickats tidigare till sjukhuset MAS:
Farfar			
Farmor			
Morfar			
Mormor			
Far			
Mor			
Bror			
Syster			
Barn			
Övriga släktingar			

### Beställning av laboratorieanalyser

<input type="checkbox"/> MODY 1-3 (sekvens)	<input type="checkbox"/> riktad sekvensering Mutation: ..... i MODY-gen: .....	Samtycker patient/vårdnadshavare till lagring av prov för framtida diagnostik och forskning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--	---

**Blodprov i 5 mL EDTA-rör skickas ocentrifugerat vid rumstemperatur eller fruset till Klinisk kemi, Jan Waldenströms gata 14, SUS, 205 02 MALMÖ.**