ŽIADANKA

VYŠETRENIE DEDIČNÝCH METABOLICKÝCH PORÚCH

ÚDAJE O PACIENTOVI			
Meno		Priezvisko	
RČ		Poisťovňa	
Dg (aj susp.)		ID hospitalizačného prípadu	

DOPLŇUJÚCE ÚDAJE O MATKE (PRI NOVORODENCOVI)					
Meno a priezvisko		RČ		Poisťovňa	

ODOSIELAJÚCE PRACOVISKO			
Názov			
Adresa		PSČ	
E-mail		Tel.	
Meno a priezvisko ordinujúceho lekára			
Kód lekára		Kód oddelenia	

ODBER	**Dátum**		**Čas**	

DRUH ODOSLANÉHO MATERIÁLU		**moč**		**sérum**		**likvor**		**suchá kvapka krvi**

POŽADOVANÉ VYŠETRENIA					
MOČ		Aminokyseliny	**SÉRUM**		Aminokyseliny
		Organické kyseliny			Biotinidáza
		Mukopolysacharidy	**LIKVOR**		Aminokyseliny
		Kyselina orotová	**SUCHÁ KVAPKA KRVI**		Profil aminokyselín a acylkarnitínov metódou tandemovej hmotnostnej spektrometrie
		TLC sacharidov			
		Tiosírany	**INÉ**		Kvalitatívne skríningové skúšky

ANAMNÉZA **(rodinná, prípadné úmrtie súrodenca, osobná vrátane perinatálnej)**

KLINICKÉ PRÍZNAKY A PRIEBEH OCHORENIA

LABORATÓRNE NÁLEZY **(ABB, glykémia, laktát, amoniak, kyselina močová, Bi, hepatálne enzýmy, KO, moč chemicky)**

NÁLEZY INÝCH VYŠETRENÍ **(RTG, USG, CT, a pod.)**

SPÔSOB VÝŽIVY					
Príjem potravy:		**Druh výživy:**		**Stav výživy:**	
	perorálne		**dojčenie**		**v norme**
	parenterálne		**umelá výživa**		**neprospievanie**
Iné:					

MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA **uveďte celú liečbu vrátane vitamínov; pri umelej výžive aj typ mlieka; podanie transfúzií; parenterálnu výživu**

Podmienky odberu, spracovania a transportu vzoriek

MOČ – jednorazový, vzorku **7-10 ml** zamraziť a transportovať pri -20°C (v ľade), nie poštou

SÉRUM – krv po odbere podľa príslušného odberu čo najskôr centrifugovať

- **1-2 ml** séra (plazmy) zamraziť a transportovať pri -20°C (v ľade), nie poštou
- na všetky stanovenia v krvi sú potrebné 2 ml séra (plazmy)

LIKVOR – odobrať **1 ml**, po odbere čo najskôr zamraziť a transportovať ako sérum

SUCHÁ KVAPKA KRVI – na odberový papierik nasávať krv tak, aby bol **celý krúžok rovnomerne vyplnený a presiaknutý krvou aj na druhej strane papierika** (na vyplnenie krúžku treba asi 50 µl krvi), nechať voľne uschnúť na vzduchu, nesušiť na slnku ani priamym teplom; vzorku možno odoslať poštou

Odoslať na adresu:
Laboratórium DMP pri SCN SR
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou B. Bystrica
Nám. L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica
Pracovná doba: 07:00 – 15:00 hod. (mimo prac. dobu volajte mobilné číslo)
Zodpovedné osoby:
MUDr. Elena Gregová – lekár špecialista
Ing. Martina Machková – analytik a laboratórny diagnostik

Tel.: 048 – 472 65 11, kl. 3347
Tel./fax: **048 - 472 65 47, 0918 696 968**
e-mail: scn@dfnbb.sk
elena.gregova@dfnbb.sk
martina.machkova@dfnbb.sk