

Person / patient CPR-nummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Rekvisation af genetiske undersøgelser for diabetes mellitus

2 x 10 ml EDTA fuldblod, opbevares ved stuetemperatur og kan sendes med alm. post.  
Prøveglasset mærkes tydeligt med navn, CPR-nr., MODY-gen

Henvielse og prøve sendes til:  <b>Steno Diabetes Center Copenhagen</b> <b>Klinisk Biokemisk Afdeling</b> <b>Niels Steensensvej 2</b> <b>2820 Gentofte</b>  VIGTIGT: Kuvert mærkes MODY-gen	Person / patientoplysninger: Navn, CPR-nr., hjemadresse
Afsender / svarmodtager: <b>Angiv fuldstændig adresse</b>	Prøvedato:  <b><u>Forbeholdt laboratoriet</u></b> Modtaget d.:
<b>Betalende instans</b> (Skal udfyldes):  Ordre eller rekvisationsnummer:  EAN Nummer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## Ønsket DNA undersøgelse:

*HNF4A* (MODY1) Inkl. MLPA  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_ -

*GCK* (MODY2) Inkl. MLPA  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

*HNF1A* (MODY3) Inkl. MLPA  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

*HNF4A+GCK+HNF1A +INS* (MODY1-3 + Insulin) Inkl. MLPA

*HNF1B* (MODY5) Inkl. MLPA  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

*INS* (Insulin)  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

*KCNJ11* (KIR6.2)  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

*INS* (Insulin) + *KCNJ11* (KIR6.2)

*MC4R*  hele gen  kendt mutation\_\_\_\_\_

Andre gener:

Person / patient CPR-nummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Kliniske oplysninger;** vigtigt for vurderingen af hvilken arvelig form for diabetes patienten kan have.  
Vær venlig at udfylde (vi modtager meget gerne supplerende journalkopier):

<u>Data vedrørende diabetes</u>	<u>Komplikationer</u>
Alder ved diabetes diagnose _____ år	Retinopati <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Alder ved evt. start på insulin beh. _____ år	Nefropati <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Insulindosis _____ IE/døgn	Neuropati <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Perorale antidiabetika	Makrovaskulær <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
-type _____ Dosis _____ mg/døgn	Andre sygdomme:
Tidligere gestationel diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Anden medicinsk behandling
Alder ved gestationel diabetes _____ år	
GAD 65 AB _____ IE /ml	Andet:
HgbA1c _____ %	Højde _____ cm
fP-glucose _____ mmol/l	Vægt _____ kg
fB-glucose _____ mmol/l	Fødselslængde _____ cm
f-insulin/C-peptid _____ pmol/l	Fødselsvægt _____ kg
OGTT(hvis udført):	
Faste P-glucose _____ mmol/l	
120 minutter P-glucose _____ mmol/l	

<u>Familieoplysninger</u>	<u>Tegn eller medsend gerne et stamtræ over generationer med og uden diabetes. Under hvert familiemedlem må meget gerne angives alder, diabetes debut alder, ca. BMI samt evt. behandling.</u>
Har andre i familien diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ved ikke	<u>Stamtræ</u>
Hvis ja: Sæt krydser, samt noter debut alder	
<input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far	
<input type="checkbox"/> søskende	
<input type="checkbox"/> barn	
<input type="checkbox"/> mormor <input type="checkbox"/> morfar	
<input type="checkbox"/> farmor <input type="checkbox"/> farfar	
<input type="checkbox"/> fætter/kusine	
Kendt mutation i familien <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Hvilken?	
Navn og fødselsdag på kendt familiemedlem:	
Etnisk baggrund:	