KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR ZAGREB
KLINIČKI ZAVOD ZA LABORATORIJSKU DIJAGNOSTIKU
ODJEL ZA MOLEKULARNU LABORATORIJSKU DIJAGNOSTIKU
10000 Zagreb, Kišpatićeva 2, HRVATSKA

Ime i prezime:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
Kontakt telefon:	

potpisan informirani pristanak u prilogu[1] **DA**

kontakt osobe koja šalje uzorak/indicira pretragu _____

Radna dg (dijagnoza pod kojom se bolesnik vodi) _____

Dob bolesnika (aktualna): _____ **Spol : M Ž Etnička pripadnost (rasa):** _____

Odaberite indikaciju za testiranje:

a) partner/partnerica osobe s cističnom fibrozom

b) CF u obitelji, srodstvo _____ (ime: _____, genetika_____), klinički ishod _____

c) klinička sumnja na **cističnu fibrozu** ili na **CFTR-RD** (zaokružiti)

d) drugo, navesti _____

Kloridi u znoju (mmol/L):

najmanja izmjerena vrijednost _____ (datum _____, metoda – uređaj:_____)

II. Cl u znoju: _____ (datum _____, metoda – uređaj:_____)

Ako nema Cl u znoju[2], navesti razlog:

_____

Za b) i c) indikaciju treba popuniti: Kliničke i laboratorijske značajke bolesnika (nepoznato ostavite prazno**)**

Gastroneterološki simptomi:

Mekonijski ileus	da	ne	Prolaps rektuma	da	ne
Malapsoprcija/pothranjenost	da	ne			

TT _____kg, centile ili z _____, **TV** _____cm, centile ili z _____, **BMI** _____centile ili z _____

_____

1 Obavezno, bez potpisanog pristanka neće se učiniti analiza iz izdvojene DNA, obrazac dostupan na web-u KBC Zagreb

2 Prva pretraga kod sumnje na CF su kloridi u znoju, učinjeni vlaidiranom metodom. Savjetuje se prvo uputiti na ovu pretragu, a potom, ovisno o rezultatu i optimalno u konzultaciji sa CF centrom na gensko testiranje. Za tumačenje nalaza NGS potrebno je poznavati kliničku sliku i rezultat klorida u znoju.

Proljev, masne stolice	da	ne	Fekalna elastaza: _____mcg/g		
Recidivirajući pankreatitis	da	ne	broj epizoda:_____ amilaza/s _____ lipaza/s _____		
Jetrena bolest: kolestaza	da	ne	Povišeni bilirubin, AST, ALT, GGT	da	ne
Poremećaj koagulacije	da	ne	Portalna hipertenzija	da	ne
Ciroza jetre	da	ne			

Respiratorni simptomi (gornji i donji dišni put):

Sinusitis i/ili nosna polipoza	da	ne	
Bronhiektazije	da	ne	
Recidivirajući bronhitis/pneumonije	da	ne	koliko puta godišnje? _____
Recidivirajuća bronhoopstrukcija	da	ne	koliko puta godišnje? _____

SpO_2= _____% Spirometrija: FVC _____ FEV1 _____ (najbolja u protekloj godini)

Radiološki nalazi: da ne

Ako da, koji _____(godina)

_____(godina)

Mikrobiološki uzorci dišnog puta: nisu uzeti uzeti su (zaokružiti)

S. aureus	jednom	više puta	kronično
P. aeruginosa	jednom	više puta	kronično
S. maltphilia	jednom	više puta	kronično
H. influenzae	jednom	više puta	kronično
Aspergilus	jednom	više puta	kronično

Drugo: _____

Sklonost dehidraciji i metaboličkom disbalansu: da ne

Pseudo Bartterov sindrom: da ne

Neplodnost muškarca - nalaz urologa/androloga (analiza ejakulata i bioptata testisa):

_____

Drugo: _____

_____

Ime, prezime, potpis osobe koja je ispunila upitnik: _____

S obzirom na usku specifičnost, kompleksnost interpretacije i skupoću navedene pretrage, indikaciju za pretragu i opseg testiranja treba potvrditi Multidiscipinarni tim Centra za cističnu fibrozu djece i odraslih koji će i protumačiti nalaz. Stoga je nužan uvid u bolesnika i/ili podatke (dokumentaciju bolesnika) temeljem kojih je zatražena pretraga. Iz navedenog proizlazi da **nije sigurno da će se pretraga i napraviti** iz uzoraka koje ste nam poslali, a po potrebi ćemo pozvati i bolesnika.