

Remissbilaga för utredning av monogen diabetes		Patientidentitet																					
<p>Skickas till: Centrum för medfödda metabola sjukdomar CMMS, Provinlämningen L2:00 Karolinska Universitetssjukhuset Solna 171 64 Stockholm</p>		<p>Personnummer/reservnummer</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>För/Efternamn:</p>																					
		<p>Rem. läkare: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Mottagning: _____</p>																					
		<p>Remissbilaga ifylls och skickas till adressen till vänster. OBS! Gulmarkerade uppgifter är obligatoriska och måste fyllas i.</p>																					
Laboratorievärden		Klinisk information																					
fP-Glukos	B-HbA1c	Ålder vid diagnos:	<p>Övrig organpåverkan:</p> <input type="checkbox"/> Retinopati <input type="checkbox"/> Mikroalbuminuri <input type="checkbox"/> Njuncystor <input type="checkbox"/> Njursvikt <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Lipodystrofi <input type="checkbox"/> Känslig för sulfonylurea																				
OGTT (2h)	fP-C-peptid	BMI:																					
P-Kolesterol	P-ApoA1	Graviditetsdiabetes <input type="checkbox"/>																					
P-LDL	P-ApoB	Diabetesbehandling:																					
P-HDL	P-Triglycerider	Initial:																					
P-Triglycerider	P-Kreatinin	Datum:																					
Antikroppar:		Nuvarande:																					
<input type="checkbox"/> GAD neg <input type="checkbox"/> IA2 neg <input type="checkbox"/> ZnT8 neg		Datum:																					
<p>Sannolikhet för MODY enligt MODYkalkulator (länk):</p>																							
Familjehistorik (Fyll i om uppgifter finns)																							
	Ålder vid diagnos	Behandling	Namn/personnummer																				
Mor																							
Far																							
Bror																							
Syster																							
Morfar																							
Mormor																							
Farfar																							
Farmor																							
Övriga släktingar																							
Önskad analys																							
<input type="checkbox"/> Genpanelen för monogen diabetes <input type="checkbox"/> Enbart Sangersekvensering av GCK <input type="checkbox"/> Anlagsbärartestning																							
Övrig frågeställning/information																							