



Pieczęć jednostki kierującej, dnia <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / 2 0 r.							
Pracownia Hormonów Steroidowych i Zaburzeń Metabolizmu Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD 000000018652-47-636-7100 tel.: (22) 815 16 38, 815 71 50, fax (22) 815 13 13								

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH – BARDZO DŁUGOŁAŃCUCHOWE KWASY TŁUSZCZOWE (VLCFA)

Imię:		Nazwisko:									
Data urodzenia:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table> / r.									Data pobrania krwi:/...../..... r.
	<small>dzień</small>	<small>miesiąc</small>	<small>rok</small>								

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

<p><u>ODCHYLENIA W BADANIU PRZEDMIOTOWYM:</u></p> <p><input type="checkbox"/> dysmorfia twarzowo- czaszkowa</p> <p><input type="checkbox"/> zahamowanie rozwoju</p> <p><input type="checkbox"/> wcześniactwo/niepr. płodu</p> <p><input type="checkbox"/> hepatomegalia</p> <p><input type="checkbox"/> splenomegalia</p> <p><input type="checkbox"/> uszkodzenie nerek (jakie?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> retinitis pigmentosa</p> <p><input type="checkbox"/> cisawość skóry</p>	<p><u>ZABURZENIA NEUROLOGICZNE:</u></p> <p><input type="checkbox"/> opóźnienie umysłowe</p> <p><input type="checkbox"/> opóźnienie ruchowe</p> <p><input type="checkbox"/> hipotonia</p> <p><input type="checkbox"/> dystrofia mięśniowa/osłabienie</p> <p><input type="checkbox"/> spastyczność</p> <p><input type="checkbox"/> zaburzenia widzenia</p> <p><input type="checkbox"/> zaburzenia koncentracji</p> <p><u>ZABURZENIA HEMATOLOGICZNE:</u></p> <p><input type="checkbox"/> hemoliza</p> <p><input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia</p>	<p><u>BADANIA BIOCHEMICZNE I RADIOLOGICZNE:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ↓ poziom kortyzolu w surowicy</p> <p><input type="checkbox"/> ↑ enzymy wątrobowe</p> <p><input type="checkbox"/> nieprawidłowe NMR/CT</p> <p><u>POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE:</u></p> <p><input type="checkbox"/> żywienie pozajelitowe</p> <p><input type="checkbox"/> transfuzje (kiedy?)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Intralipid</p>
--	---	--

Telefon kontaktowy:	
----------------------------	--

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego