

Steroidlabor (Raum-Nr. E0.608)
Univ.-Kinderklinik Gießen
Prof. Dr. S. A. Wudy
Feulgenstr. 12
D-35392 Gießen
Deutschland

Bitte freilassen!

Lab.-Nr.:	Probeneingang:

**Anforderung: GC-MS-Urin-Steroidmetabolom-Analyse
(qual. und quan. gaschrom.-massenspektrom. Urinsteroidprofil)**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____ Karyotyp: _____

Kostenträger: Krankenkasse Überweisungsschein für Laboruntersuchungen erforderlich

Privat Klinik

Privatanschrift: _____

klinische Indikationen:

- AGS-Konfirmationsdiagnostik....
- Therapiekontrolle.....
(AGS, NNR-Insuffizienz prim., sek.)
- DD: seltene Enzymdefekte.....
- steroidprod. Tumore.....
(Diagnostik, Monitoring)
- genitale Malformation.....
- syndromale Malformation.....
- Salzverlust-Syndrom.....
- Pubertätsstörungen.....
- Hirsutismus, Virilisierungen.....
- art. Hypertonie.....
- Hypoglykämie.....
- Adipositas.....

Diagnose: _____

Fragestellung/Test: _____

Therapie/Medikation: _____

Gewicht (kg): _____

Größe (cm): _____

Blutdruck: _____ / _____ mm Hg

Tannerstadium: P ___ B ___ G ___

Hodenvolumen: re _____ li _____ (ml)

Knochenalter: _____

Zyklusphase: _____

Mutation: _____

Syndromale Stigmata: _____

auffällige Laborbefunde ggf. beifügen

Genitalstatus: bitte ergänzendes Formular verwenden

Probendatum: _____ Kreatinin im Urin: _____ mg/dl oder _____ mg/Tag

Spontanurin (6 - 10 ml), z. Nachweis eines Enzymdefektes d. Steroidbiosynthese.

bei Konfirmationsdiagnostik i.R. Screening auf 21-Hydroxylase-Mangel Angabe von Gestationsalter: _____

24 Stundenurin (Aliquot von 6-10 ml), **Sammelvol.:** _____ ml, **ggf. abw. Sammeldauer:** _____ h

Einsender (Stempel)
Arzt, Klinik, Station/Ambulanz, Adresse, Telefon, Fax

Arzt: _____

Telefon: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beschreibung des Genitalstatus


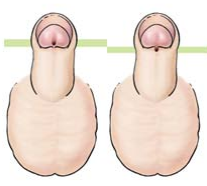
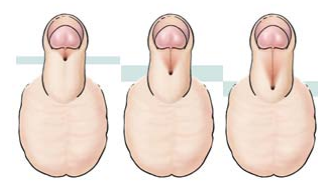
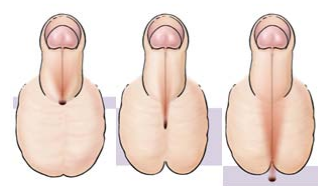
Patient: 46,XY DSD

Skrotale Fusion: Ja Nein

Phallus-Länge: Datum: _____ gestreckte Penislänge: _____ mm

Gonaden:	labioscrotal	inguinal	abdominal	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hypospadie-Grad:

None  <input type="checkbox"/>	Distal  glandular <input type="checkbox"/> coronal <input type="checkbox"/>	Mid  penile shaft <input type="checkbox"/>	Proximal  Penoscrotal <input type="checkbox"/> scrotal <input type="checkbox"/> perineal <input type="checkbox"/>	Unknown	N/A
---	--	---	---	---------	-----

Innere Geschlechtsorgane	Müller-Strukturen <input type="checkbox"/>	Wolff-Strukturen <input type="checkbox"/>	beides <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------













Patient: 46,XX DSD

Labiale Fusion: Ja Nein

Phallus-Länge: Datum: _____ gestreckte Penislänge: _____ mm

Gonaden:	labioscrotal	inguinal	abdominal	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prader-Stadien:

Stage	Normal	I	II	III	IV	V
External Genitalia						
Internal Genitalia						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Innere Geschlechtsorgane	Müller-Strukturen <input type="checkbox"/>	Wolff-Strukturen <input type="checkbox"/>	beides <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------