



Genetická konzultace - chlapec

Tento dotazník slouží jako **podklad pro genetickou konzultaci**.
Pomáhá lékaři lépe porozumět Vaší osobní a rodinné anamnéze.

- Pokud se Vás některá otázka **netýká** nebo si nejste jistí, ponechte ji prázdnou nebo uveďte orientační údaj.
- Vyplnění dotazníku **obvykle trvá 20 minut**.
- **Email a telefonní číslo jsou povinné údaje** – slouží k zaslání výsledků nebo k telefonickému kontaktu.

Ke genetické konzultaci prosím přineste poslední lékařskou zprávu/y od ošetřujících lékařů Vašeho dítěte (PLDD, neurolog, endokrinolog, psychiatr, apod.) a jeho očkovací průkaz.

Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení:		
Věk:	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:
E-mail zákonného zástupce:		Telefonní číslo zákonného zástupce:
Škola:		

Osobní anamnéza (1/2)

Z kolikátého těhotenství:	
Pořadí:	☐ Spontánní porod ☐ Císařský řez
Komplikace:	☐ Bez komplikací ☐ Rizikové těhotenství
Porodní délka (cm):	Porodní váha (g):
Poporodní adaptace:	
☐ Přiměřená ☐ Komplikovaná	
Apgar skóre (pokud jej znáte): / /	
Vrozené vady:	
☐ Ne ☐ Ano, jaké:	
Aktuální výška (cm):	Aktuální váha (kg):

Osobní anamnéza (2/2)

Psychomotorický vývoj:

☐ Přiměřený ☐ Opožděný

Očkování:

☐ Dle kalendáře a navíc:

☐ Neočkováno

☐ Chybějící, jaké: _____

Onemocnění v dětství:

☐ Běžné ☐ Jiné, jaké:

Sledování u odborných lékařů (u kterých):

Operace (jaké a v jakém věku):

Trvale užívané léky:

Alergie:

Zkušenost s kouřením, alkoholem nebo jinými návykovými látkami:

Rodinná anamnéza (1/2)

Vyplňte prosím údaje o všech Vašich rodinných příbuzných, i zdravých (zejména uveďte onkologická onemocnění, jiná závažná onemocnění nebo vrozené vývojové vady). U nevlastních sourozenců uveďte, zda je společná matka nebo otec.

Byl někdo z Vaší rodiny geneticky vyšetřen?

Pokud ano, uveďte kdo, kde a výsledek vyšetření. Zprávu, pokud možno, přineste prosím s sebou.

[illegible]

Rodinná anamnéza (2/2)

Jméno a příjmení	Narození (rok)	Závažná onemocnění	Věk diagnózy	Úmrtí (věk)
Sourozenci (vlastní / nevlastní)				
Další rodinní příslušníci (bratřanci, sestřenice, ...), pokud je anamnéza relevantní				

Závěr

Datum vyplnění:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě: