

DOTAZNÍK pro molekulárně genetické vyšetření

Rendu-Osler-Weber syndromu

(hereditární hemoragická teleangiectázie, HHT)

Údaje o pacientovi

Jméno:.....Příjmení:.....ZP:.....

Rodné číslo:.....Bydliště:.....

Curaçao kritéria (Shovlin C.L. et al., . Am. J. Med. Genet. 91:66-67, 2000):

1. Rodinný výskyt - přímý příbuzný: ano ne
(uveďte typ příbuznosti, počet osob).....
.....
.....

2. Epistaxe: ano ne
věk nástupu epistaxe.....

3. Teleangiectázie kožní
- na rtech ano ne
- dutina ústní (jazyk, bukalní sliznice) ano ne
- na dlaních rukou ano ne
- po těle ano ne
- jiné:.....

4. Viscerální léze, teleangiectázie (s nebo bez krvácení), pulmonární AVM, gastrointestinální AVM, cerebrální AVM, hepatální AVM
ano ne

Jaký typ (napíšte):.....Věk pacienta při nálezu:.....

Historie onemocnění

První příznaky, jaké, věk.....

.....dne.....

Odesílající lékař – jméno a podpis