



UNIwersytet Medyczny
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
KATEDRA I ZAKŁAD GENETYKI MEDYCZNEJ
ul. Grunwaldzka 55, paw. 15, 60-352 Poznań
tel. +48 61 8547345, +48 61 8547349; fax. +48 61 8547348
Kierownik: prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska



FORMULARZ BADANIA

Wrodzone Wady Układu Moczowego

Data: _____

Numer Pacjenta [wypełnia Katedra Genetyki Medycznej]: _____

DANE DEMOGRAFICZNE

Imię pacjenta: _____ Nazwisko pacjenta: _____ Nazwisko panięskie: _____
Imię matki: _____ Nazwisko matki: _____ Nazwisko panięskie: _____
Imię ojca: _____ Nazwisko ojca: _____ Czy rodzice są spokrewnieni? tak nie
Adres i telefon kontaktowy: _____

Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia: _____ Płeć: męska żeńska
Pochodzenie: polskie inne: _____ Wzrost: _____ Waga: _____
Czy w rodzinie występowały jakiegokolwiek wady nerek? nie tak* (jakie i u kogo?) _____

WYNIKI BADAŃ I DANE KLINICZNE

Rozpoznana wada nerek:

- Ageneza nerki, jednostronna (Q60.0)
- Ageneza nerki, obustronna (Q60.1)
- Ageneza nerki, nieokreślona (Q60.2)
- Nedorozwój nerki, jednostronny (Q60.3)
- Nedorozwój nerki, obustronny (Q60.4)
- Nedorozwój nerki, nieokreślony (Q60.5)
- Nerka dysplastyczna (Q61.4)
- Zdwojenie moczowodu (Q62.5)
- Zdwojenie nerki (Q63.0)
- Wrodzony odływ pęcherzowo-moczowodowy (Q62.7)

Data rozpoznania: _____ Wiek podczas rozpoznania: _____

Sposób rozpoznania:

- Ultrasonografia
- Cystouretrografia mikcyjna
- Tomografia komputerowa
- Rezonans magnetyczny
- Inne: _____

Objawy przy rozpoznaniu:

- Infekcje układu moczowego
- Moczzenie mimowolne
- Krew w moczu
- Białko w moczu
- Niewydolność nerek
- Nacisnienie
- Inne: _____

Dokładny opis wady:

USG:**

Data: _____
Rozmiar nerek: prawa: _____ lewa: _____
Rozmiar kory: prawa: _____ lewa: _____
Echogenność: _____
Opis wady: _____
 lewostronna prawostronna obustronna
 Rozszerzenie moczowodu _____
 Rozszerzenie miedniczki _____
 Torbielowatość nerki _____
 Inne obserwacje: _____

Obecność innych wad rozwojowych:

Dostępne dane kliniczne:

Ciśnienie: _____ / _____
Kreatynina (w surowicy krwi): _____
Mocznik lub azot mocznikowy (w surowicy krwi): _____

Białko w moczu: _____
Krew w moczu: _____

Wykonane operacje:

Cystouretrografia mikcyjna:**

Data: _____

Stopień refluksu (1-5) prawa: _____ lewa: _____
Inne obserwacje: _____

Wyniki leczenia:

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* Proszę o uwzględnienie opisu przypadków wrodzonych wad układu moczowego w rodzinie na odwrocie formularza

** Proszę załączyć kopie opisu wyników badań radiologicznych