



Auftragsformular Steroidanalytik

Patient	
Name	geb am.Tag Monat Jahr
Adresse	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ Ort	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Patienten (bitte vollständige Adresse) <input type="checkbox"/> Auftraggeber

Einsender	
Name	Entnahmedatum Entnahmezeit
Adresse	Arzt Tel./ Sucher
.....	Klinische Angaben
.....

Auftrag:	
Urin	Plasma
<input type="checkbox"/> Steroidprofil im Urin <input type="checkbox"/> freies Cortisol und Cortison im Urin <input type="checkbox"/> exogene Glukokortikoide (qualitativ)	<input type="checkbox"/> Steroidprofil im Plasma

Bekannte Diagnose:	Fragestellung:
<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Unklare Hypokaliämie <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom (St. n.) <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom <input type="checkbox"/> Hypogonadismus/Infertilität <input type="checkbox"/> Variante der Geschlechtsentwicklung <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Hyperaldosteronismus <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom <input type="checkbox"/> Steroidsynthesestörung <input type="checkbox"/> Androgenausscheidung <input type="checkbox"/> Polycystisches Ovar Syndrom (PCOS) <input type="checkbox"/> Andere:

Medikamente:	Patientendaten:
<input type="checkbox"/> Keine Medikamente <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten <input type="checkbox"/> Ca-Antagonisten <input type="checkbox"/> Betablocker <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Antikonzeptiva („Pille“) <input type="checkbox"/> Steroide: <input type="checkbox"/> Andere:	Blutdruck.....mmHg liegend Blutdruck.....mmHg stehend Gewicht.....kg Grösse.....cm Nebennierentumor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Polyzystisches Ovar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Probeninformation:	
Entnahmedatum:.....	Urinvolumen:mL/24h
Bemerkung:.....	

Versandbedingungen:
Urin: 15 mL einer 24 h-Probe nativ , ohne Kühlung. Plasma: 500 uL EDTA Plasma , am Entnahmetag ungekühlt per A-Post . Abnahme idealerweise vor 10 Uhr vormittags.

Auskunft:
Dr. sc. nat. Clarissa Vögel 031 632 94 77 / E-Mail: clarissa.voegel@insel.ch