

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: \_\_\_\_\_

**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

<p>Einsender (Stempel)          Arzt, Klinik, Station/Ambulanz, Adresse, Telefon, Fax</p>          
---

Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_