

HORMONSKE PREISKAVE IZ VZORCEV SLINE

OSNOVNE INFORMACIJE (pišite z velikimi tiskanimi črkami)

Priimek in ime: _____ Datum rojstva: _____
Ulica in hišna št.: _____
Pošta: _____
E-naslov: _____ Telefon: _____
Naročnik preiskave (zdravnik, terapevt): _____

SPLOŠNA VPRAŠANJA (označite s številko iz legende)

Legenda za vaše stanje: 1. nimam težav 2. blage težave 3. zmerne težave 4. hude težave 5. izredno hude težave

	Vaše stanje (1-5)
Slabše splošno počutje (vaš občutek o lastnem zdravstvenem stanju)	
Bolečine v sklepih in mišicah (bolečine v križu, v sklepih, v rokah ali nogah, v hrbtu)	
Čezmerno znojenje (nepričakovano / nenadno znojenje, navali vročine, ki niso povezani z naporom)	
Motnje spanja (težko zaspim, ponoči se zbudam, zbudam se zgodaj in sem utrujen, slabo spim, muči me nespečnost)	
Potrebujem več spanja, pogosto sem utrujen	
Razdražljivost (hitro se razjezim zaradi malenkosti, sem slabe volje)	
Živčnost (čutim notranjo napetost, nemir, težko sem pri miru)	
Tesnoba (občutek nejasnega strahu)	
Telesna izčrpanost / pomanjkanje energije (sem manj zmogljiv, manj aktiven, imam občutek, da naredim manj, dosežem manj ali da se moram k dejavnosti prisiliti; sem brez zanimanja za dejavnosti v prostem času)	
Manjša mišična moč (občutek šibkosti)	
Depresivno razpoloženje (pogosto sem potr, žalosten, na robu joka, brez motivacije, razpoloženje mi niha, imam občutek, da je vse brez smisla)	
Občutek, da je vrh življenja že mimo	
Občutek izgorelosti, občutek, da sem povsem na dnu	
Počasnejša rast brade	
Manjša sposobnost za spolne odnose in redkejši spolni odnosi	
Manj jutranjih erekcij	
Manjše spolno poželenje / zanimanje za spolnost (pomanjkanje želje po spolnih odnosih, manjši užitek v spolnosti)	

VPRAŠANJA, KI VPLIVAJO NA REZULTAT (označite s križcem)

- Ali kadite? NE DA
- Ste v zadnjih dneh imeli težave s krvavenjem dlesni? NE DA
- Ste imeli v zadnjih dneh kakršnekoli druge okužbe in/ali rane v ustni votlini? NE DA
- Imate diagnosticirano endokrino motnjo (napišite katero)? NE DA _____
- Uporabljate nadomestne hormonske pripravke (DHEA kreme ipd.)? NE DA
- Jemljete anabolične steroidne hormone? NE DA
- Jemljete trenutno kakršnakoli protivnetna zdravila, pomirjevala oz. antidepresive? NE DA
- Tedenska intenzivnost telesne vadbe (v urah)? _____ h

STRATEGIJA VZORČENJA

ESTRADIOL in TESTOSTERON: Za vzorčenje spolnih hormonov ste prejeli tri ampule z oznako **E T**. Za določitev natančnih vrednosti potrebujemo tri vzorce sline, ki morajo biti vzorčeni znotraj dveh ur (npr.: 12:00, 12:30, 13:00). Prvi vzorec oddate kadarkoli v dnevu, vendar vsaj 1 uro po prebujanju.

V primeru uporabe hormonskih krem je priporočljivo, da med zadnjim nanosom mine vsaj 36 ur.

KORTIZOL in DHEA: Priporočeni časi vzorčenja sline so ob 8:00, 12:00, 16:00, 22:00 in 24:00. Gre za možno večkratno vzorčenje, kar pomeni, da lahko uporabite od 1 do 5 ampul. Kolikokrat vzorčite oz. koliko ampul uporabite pa je odvisno od vašega naročila. V primeru, da skupaj s kortizolom naročite tudi DHEA, za vzorčenje DHEA ne potrebujete dodatne ampule.

MELATONIN: Priporočen čas vzorčenja sline je zvečer tik pred spanjem, med spanjem in zjutraj. Gre za možno 3-kratno vzorčenje, kar pomeni, da uporabite ampule z oznako M1, M2 in M3.

V TABELO ZA POSAMEZNO HORMONSKO PREISKAVO ZAPIŠITE URO VZORČENJA

Tabela 1: Vrsta hormonske preiskave

HORMON	URA VZORČENJA
Progesteron	
Testosteron	
Estradiol	
DHEA	
Melatonin	
Kortizol *	

* VPIŠITE DEJANSKI ČAS VZORČENJA SLINE ZA MERJENJA RAVNI KORTIZOLA

Tabela 2: Celodnevno vzorčenje kortizola

Priporočen čas vzorčenja	Zaporedna št. vzorca (etiketa ob strani ampule)	Dejanski čas vzorčenja
8:00	1	
12:00	2	
16:00	3	
22:00	4	
24:00	5	

OPOZORILO: Vsako ampulo napolnite od 1/3 do 2/3. Vzorce shranite v hladilniku (če je to mogoče) do trenutka pošiljanja.

Želim prejemati aktualne novice na elektronski naslov (označi s križcem) NE DA

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS 94/07) spodaj podpisani dovoljujem, da se zgoraj navedeni osebni podatki uporabljajo in obdelujejo izključno z namenom izvajanja hormonskih preiskav.

Datum: _____

Podpis pacienta: _____

