



Žig naročnika:

HORMONSKE PREISKAVE IZ SLINE - kortizol

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 križcem)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Splošno slabo počutje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Bolečine v sklepih in mišicah? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Čezmerno znojenje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate motnje spanja? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Potrebujete več spanja, ste pogosto utrujeni? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste bolj razdražljivi? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Čutite živčnost, notranji nemir? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Čutite tesnobo? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste telesno izčrpani? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Čutite manjšo fizično moč? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Vam energija zelo niha? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Težko vstajate iz postelje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate prekomerno telesno težo? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se počutite brezupno? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate težave s spominom? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste depresivni? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate občutek izgorelosti? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Čutite manjše spolno poželenje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate sladkorno bolezen? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se prehranujete z mešano, raznovrstno hrano? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se prehranujete vegetarijansko? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se prehranujete vegansko? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se prehranujete kako drugače? (napišite kako) | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |

BOLEZNI, KI JIH IMATE: _____

VPRAŠANJA, KI VPLIVAJO NA REZULTAT (označite s križcem)

- 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 (progesteronske, estrogenske kreme ipd.)? NE DA
- Jemljete trenutno kakršnakoli protivnetna zdravila, pomirjevala oz. antidepresive? NE DA
- Ob kateri uri ste vstali na dan vzorčenja? _____

Izpolnijo ženske z rednim menstrualnim ciklom:

- Jemljete trenutno kontracepcijske tablete? NE DA
- Povprečno trajanje mesečnega cikla (v dneh)?
(mesečni cikel traja od pričetka enega mesečnega cikla do pričetka naslednjega) _____ dni

STRATEGIJA VZORČENJA

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

KORTIZOL: Vzorce lahko katerikoli dan v tednu. Priporočeni časi vzorčenja slin so od 8:00, 12:00, 16:00, 22:00 in 24:00. Gre za večkratno vzorčenje, kar pomeni, da lahko uporabite od 1 do 5 ampul. Kolikokrat vzorčite oz. koliko ampul uporabite, pa je odvisno od vašega naročila. Najbolj pogosto je štirikratno vzorčenje kjer vzorčite jutraj, opoldne, popoldne in pred spanjem.

DHEA: Za analizo DHEA ne potrebujete dodatnih ampul. Analiza bo opravljena iz mixa vzorcev, ki ste jih oddali za kortizol.

VPIŠITE DEJANSKI ČAS VZORČENJA SLINE ZA MERJENJE RAVNI KORTIZOLA

Tabela 1: Celodnevno vzorčenje kortizola

| Priporočen čas vzorčenja | Zaporedna št. vzorca (etiketa ob strani ampule) | Dejanski čas vzorčenja |
|--------------------------|---|------------------------|
| 8:00 | K1 | |
| 12:00 | K2 | |
| 16:00 | K3 | |
| 22:00 | K4 | |

OPOZORILO: Vsako ampulo napolnite do 1/3. 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: _____

