

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 križcem)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Imate vročinske oblike? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate nočno potenje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate težave s spanjem? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste tesnobni, depresivni, vam razpoloženje niha, imate PMS? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Je vaš spolni nagon izginil? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste bolj razdražljivi? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate migrenske glavobole? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Se ne počutite več tako, kot nekoč? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate suhe oči? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate suho nožnico? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ne morete shujšati? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Je vaša koža izgubila elastičnost? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Vam energija zelo niha? | <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 |
| Se vam je ustvarjalna moč zmanjšala? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Težko vstajate iz postelje? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Vas boljijo sklepi? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate težave z zanositvijo? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate endometriozo, PCOS, miome? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate težave s prebavo? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate težave z napihnjenostjo? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate fibroidna tkiva? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate tumor? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste imeli raka oz. ga imate (kje, katerega)? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate kronično bolezen jeter? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate sladkorno bolezen, diabetes? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Ste preživel kap? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate pljučno embolijo, se vam kri preveč gosti? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Popijete več kot 3 alkoholne pijače na teden? | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA |
| Imate prekomerno telesno težo? | <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)

- 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 (progesteronske, estrogenske kreme ipd.)? NE DA
- Jemljete trenutno kakršnakoli protivnetna zdravila, pomirjevala oz. antidepresive? NE DA
- Tedenska intenzivnost telesne vadbe (v urah)? _____ h
- Menopavzni status? predmenopavzni pomenopavzni

Izpolnijo ženske z rednim menstrualnim ciklom:

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

STRATEGIJA VZORČENJA

ESTRADIOL, TESTOSTERON in PROGESTERON: Za vzorčenje spolnih hormonov ste prejeli tri ampule z oznako **P E T**. Za določitev natančnih vrednosti potrebujemo tri vzorce sline, ki morajo biti vzorčene znotraj dveh ur (npr.: 8:00, 9:00, 10:00). Prvi vzorec lahko oddate ob katerikoli uri v dnevu. Ženske z rednim mesečnim ciklusom naj vzorčijo v lutealni fazi mesečnega cikla (to je 20. do 23. dan mesečnega cikla, v primeru 28 dni dolgih ciklov). Za 1. dan se šteje prvi dan cikla (ko prične krvavitev). Ženske brez ali z nerednimi mesečnimi cikli vzorčijo slino kadarkoli.

V primeru uporabe hormonskih krem je priporočljivo, da med zadnjim nanosom in vzorčenjem 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 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 vsaj do 1/3. Vzorčke 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 stranke: _____

