|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Вес, рост(с указанием даты измерения) | год и место установления диагноза | Осложнения сахарного диабета, дата установления | Суточная доза получаемых инсулинов | - Hb A1 (с датой измерения) |
| Базальный\* инсулин (название, суточная доза) | Болюсный\*\*инсулин (название, суточная доза) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Отчет по эндокринной патологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района

Сведения о больных сахарным диабетом 1 типа

\* Подавляющее большинство пациентов детского и подросткового возраста с сахарным диабетом 1 типа в Республике Татарстан получают базальный инсулин в виде аналогов инсулина пролонгированного действия – лантус(гларгин) или левемир (детемир)

\*\* Подавляющее большинство пациентов детского и подросткового с сахарным диабетом 1 типа в Республике Татарстан возраста получают болюсный инсулин в виде аналогов инсулина ультракороткого действия – хумалог(лизпро) или новорапид (аспарт)

Сведения о больных врожденным гипотиреозом

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Вес, рост (с указанием даты измерения) | Образовательное учреждение (общее, коррекционное) | Дата и место установления диагноза | Возраст начала лечения | Результат скрининга, уровень ТТГ до начала лечения | Сопутствующие заболевания (указывать заболевания органов зрения, неврологическую патологию, нарушение речи, интеллекта) | Наличие инвалидности, дата установления, дата окончания срока действия  | Результат ТТГ, Т4 св (с указанием даты исследования) | Лечение: название препарата заместительной терапии и его доза  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о больных гипопаратиреозом, гиперпаратиреозом, несахарным диабетом, гипогонадизмом, нарушением формирования пола, опухолями щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, гипоталамуса, к годовому отчету представить по схеме

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Диагноз | Дата и место установления диагноза | Препараты, назначенные с целью коррекции эндокринного статуса, доза препаратов |
|  |  |  |  |  |  |

Сведения о больных врожденной дисфункцией коры надпочечников к годовому отчету представить по схеме

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Вес, рост (с указанием даты измерения) | Дата и место установления диагноза | Дата начала лечения | Результат скрининга, уровень 17ОНпрогестерона до начала лечения | Наличие инвалидности, дата установления, дата окончания срока действия  | Сроки проведения феминизирующей пластики гениталий (для девочек) | Результат 17ОНпроегстерона, активности ренина плазмы,калия, натрия крови(с указанием даты исследования) | Костный возраст по рентгенографии кисти (с указанием даты исследования) | Лечение: название препаратов заместительной терапии и их доза  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о больных преждевременным половым развитием (гонадотропинзависимая форма)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Вес, рост (с указанием даты измерения) | Форма преждевременного полового развития (гонадотропинзависимое, гонадотропиннезависимое.) | Дата и место установления диагноза | Дата начала лечения, дата отмены лечения  | Результат пробы с диферелином до начала лечения (максимальный выброс ЛГ, ФСГ) | Наличие инвалидности, дата установления, дата окончания срока действия  | Костный возраст по рентгенографии кисти (с указанием даты исследования) | Лечение: название препаратов, назначенных с целью коррекции эндокринного статуса и их доза  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о больных с синдромом Шерешевского-Тернера

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Вес, рост (с указанием даты измерения) | Дата и место установления диагноза | Кариотип (с указанием даты исследования, места проведения исследования) | Наличие инвалидности, дата установления, дата окончания срока действия  | Результат оценки гормонального статуса - ИПФР1, ТТГ, Т4 св, кортизола , ЛГ,ФСГ (с указанием даты исследования) | Костный возраст по рентгенографии кисти (с указанием даты исследования) | Данные УЗИ ОМТ (с указанием даты исследования) | Лечение: название препаратов заместительной терапии и их доза  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |