

## Rekvisisjon til gentesting for familiær hyperkolesterolemi

Enhet for hjertegenetikk, Ullevål  
 Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo  
 Tlf: 22118991/22118975  
 e-post: [medgenlab@oslo-universitetssykehus.no](mailto:medgenlab@oslo-universitetssykehus.no)

Personnr.	
Etternavn:	Fornavn:
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
Tlf:	
Kommune:	Dato:

For laboratoriet:	ID nr.									Fam. nr.					
-------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--

Poliklinisk  Uten behandling:  Inneliggende

### Lipidanalyser.

Sist målte verdier:

Lipidverdier **før** ev. kolesterolsenkende behandling ble startet:

Årstall

Totalkolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

HDL-kolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

Triglyserider \_\_\_\_\_ mmol/l

LDL-kolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

Fastende prøve  Ja  Nei

Sist målte verdier:

Årstall

Totalkolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

HDL-kolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

Triglyserider \_\_\_\_\_ mmol/l

LDL-kolesterol \_\_\_\_\_ mmol/l

Fastende prøve?  Ja  Nei

Kolesterolsenkende medikamenter ved de sist målte verdier  Ja  Nei

Hvis Ja – før på medikament og dose:

### Har pasienten:

Xantomer:  Ja  Nei

Xantelasmer:  Ja  Nei

Annen sykdom: (beskriv sykdom, debutår og behandling)

Hjerte-karsykdom	år, debut
Angina pectoris <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Perifer karsykdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Sett kryss dersom det ved påvist mutasjon er ønskelig at kopi av svarbrevet blir sendt til pasienten:

Rekvirerende lege:

Etternavn:	Fornavn:
Adresse:	Tlf.:
Postnr:	Poststed:
	Hpr. nr:

### Veiledning til utfylling av slektsopplysningene

Slektsopplysningene på neste side skal brukes til å vurdere sannsynligheten for at det foreligger arvelig høyt kolesterol. En slik vurdering er nødvendig for å planlegge de genetiske undersøkelsene. I tillegg vil opplysningene eventuelt danne grunnlag for å gi råd om hvilke andre familiemedlemmer som også kan ha risiko for å ha arvelig høyt kolesterol.

Det er viktig at skjemaet fylles ut så fullstendig som mulig, men vi er klar over at det kan være vanskelig å skaffe helt presise opplysninger om alle slektingene.

Man bes opplyse hvem det er i familien som har eller har hatt hjerteinfarkt eller angina pectoris og i hvilken alder dette inntrådte. Vi har også behov for informasjon om hvem det er i familien som har fått påvist høyt kolesterolnivå i blodet, men like viktig er det å få opplyst hvem det er som har helt normalt kolesterolnivå. Før derfor på kolesterolverdien på så mange av slektingene som mulig. Vi har primært behov for verdier **før** eventuelt kolesterolsenkende behandling ble startet. Det er bedre med omtrentlige verdier enn ingen verdier.

Hvis andre i slekten allerede har fått påvist en genfeil (mutasjon) som årsak til arvelig høyt kolesterol, må det opplyses om hvem dette er og navnet på genfeilen.

**NB!** Vi trenger ca 3 ml EDTA-blod (helst vacutainer av plast). Blodprøven sendes usentrifugert. Pasienten skal signere på neste side.

## SLEKTSOPPLYSNINGER – fyll ut så godt du kan

Navn	Fødselsdato eller -år, evt. -sted	Opplysninger om hjerte-, karsykdom, kolesterolverdi og evt. resultat av gentest
Din far:		
Din mor:		
Din farfar:		
Din farmor:		
Din morfar:		
Din mormor:		
Dine søsken:		
1		
2		
3		
4		
5		
Dine barn:		
1		
2		
3		
4		
5		
Din fars søsken:		
1		
2		
3		
4		
5		
Din mors søsken:		
1		
2		
3		
4		
5		
Andre opplysninger (fortsett evt. på eget ark)		

Samtykke: Undertegnede samtykker i at det tas blodprøve til genetisk diagnostikk med tanke på arvelig høyt kolesterol.	Dato:	Underskrift:
---	-------	--------------