



Biobankregistreringsskema for børn og unge med *nyopdaget diabetes mellitus*

Blodprøver og skema indsendes snarest efter diagnosen er stillet til:

DSBD Biobank
Børneafd. E's Diabetes Laboratorium
Arkaden, Turkisvej 14
Herlev Hospital
2730 Herlev

Hospital/afd: _____

DSBD Centernr.: _____

CPR: -

Dreng Pige

Proband navn: _____

Adresse: _____

Dato for 1. insulininjektion: _____

Prøvedato: _____

**Blodprøver mærkes med cpr.nr.
(samme label påsættes her)**

Oplysninger om **biologiske** 1.grads slægtninge:

| Forældreoprindelse 1. Dansk 2. Øvrige Europa (incl. Tyrkiet) 3. Resten af verden | Type 1 diabetes? Nej=1 Ja=2 Hvis Ja anføres debutår og for søskende cpr-nr. | Type 2 diabetes? Nej=1 Ja=2 Hvis Ja anføres debutår og for søskende cpr-nr. | Anden form for diabetes, f.eks. MODY? Nej=1 Ja=2 Hvis Ja anføres debutår og for søskende cpr-nr. |
|--|--|--|--|
| Far 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | | | |
| Mor 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | | | |
| S1 ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | | | |
| S2 ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | | | |
| S3 ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | | | |
| S4 ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | | | |
| S5 ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> | | | |

Ved uoplyst: anfør **999** (gælder alle rubrikker). S1-S5 angiver søskende.

Register og Biobank må gerne kontakte denne person i fremtiden: JA NEJ

Skemaet udfyldt af (navn + lokalnr): _____

Skemaet kan downloades fra <http://www.dsbddk/Biobankregistreringsskema.pdf>

