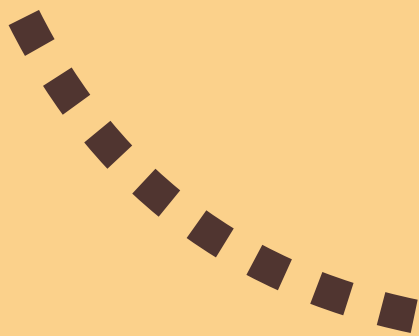




TurnTraPass
(Passaporto per la Transizione
Sindrome di Turner)



Dati anagrafici

Nome e Cognome		Luogo e data di nascita	
Residenza		Telefono	
E- mail		Contatto di emergenza	
MMG		Centro Pediatrico di provenienza	

Diagnosi

<input type="checkbox"/> Pre- natale	<input type="checkbox"/> Post- natale: età alla diagnosi	Genetista	
Cariotipo post-natale (% mosaicismo/ Presenza Y)		Gonadectomia	<input type="checkbox"/> Si data _____ <input type="checkbox"/> No

Ultima valutazione clinica

Data		Altezza		Peso e BMI	
------	--	---------	--	------------	--

Crescita/Metabolismo osseo

Terapia con GH	<input type="checkbox"/> Si dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> No	Terapia vitamina D	<input type="checkbox"/> Si posologia <input type="checkbox"/> No
DEXA (_ / _ / _)	Lombare: Femorale:	Patologie ortopediche/ Fratture	

Pubertà/Fertilità

Pubertà indotta /spontanea		Età del menarca	
Regime di induzione	Età di avvio E2 Età di avvio Pg	Tipo e dose all'avvio Tipo e dose all'avvio	
Attuale regime terapeutico		Regolarità ciclo mestruale	
Ultima ecografia pelvica			
Valutazione ginecologica		Preservazione fertilità	

Aspetto cardiometabolico			
Cardiopatia congenita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No tipologia:	Interventi cardiochirurgici	
Linfedema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No tipologia _____	Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Si dal _____ <input type="checkbox"/> No
Ultimo ecocardiogramma		Ultimo ECG	
RMN cardiaca		Terapia cardiologica	
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Trattamento	
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Trattamento	
Autoimmunità			
Tiroidite linfocitaria cronica	<input type="checkbox"/> Si dal _____ <input type="checkbox"/> No	Morbo di Graves Basedow	<input type="checkbox"/> Si dal _____ <input type="checkbox"/> No
Ultima ecografia tiroidea		Trattamento	
Celiachia	<input type="checkbox"/> Si dal _____ <input type="checkbox"/> No	Altre malattie autoimmuni	
Aspetto renale – ORL – dermatologico – oculistico - odontoiatrico			
Anomalie renali congenite			
Valutazione audiometrica			
Valutazione dermatologica			
Valutazione odontoiatrica	Testo del paragrafo		
Anomalie oculari congenite		Valutazione Oculistica	
Istruzione/Sviluppo psicomotorio			
Grado istruzione		Problematiche scolastiche	
Disturbi neuropsichiatrici		Trattamento	
Ultimo prelievo ematochimico (il __/__/____)			
Emocromo		Emoglobina glicata	TSH
Creatinina		Insulina	FT4
GOT		Colesterolo totale	FSH
GPT		Colesterolo HDL	LH
GGT		Colesterolo LDL	E2
Albumina		Trigliceridi	AMH
Glicemia			

Altro da segnalare: _____

A cura di
Malgorzata G. Wasniewska
Gerdi Tuli
Cecilia Lugarà
GdS SIEDP della Sindrome di Turner

