

Dokumentation DSD/ AGS Beratung durch Kommission

Zentrum:

Patient Nr.: _____

Geburtsdatum (Monat/Jahr): _____

PLZ Patient (erste 3 Ziffern): _____

Datum Beratung Kommission: _____

Datum Beratung Chirurgie: _____

Peer Beratung erfolgt: Ja Nein

Diagnose: _____ ICD-10: _____ Karyotyp: _____

Mol.Genetik: Gen: _____ Allel 1: _____ Allel 2: _____

Bei 46,XX AGS

Virilisierung nach Prader: _____

Sinus urogenitalis: Ja Nein

Bei 46,XX, 46,XY oder 45,X/46,XY DSD

Gestreckte Phalluslänge (in mm): _____

Gonadenlage (zutreffendes bitte einkreisen):

links: labioscrotal – inguinal – abdominal – fehlend – unbekannt

rechts: labioscrotal – inguinal – abdominal – fehlend – unbekannt

Hypospadiegrad (zutreffendes bitte einkreisen):

distal (glandulär, coronal) - mittel (Phallusschaft) - proximal (penoscrotal, scrotal, perineal)

Innere Geschlechtsorgane (zutreffendes bitte einkreisen):

Müller-Strukturen – Wolff-Strukturen - unbekannt

Einteilung nach Sinnecker (zutreffendes einkreisen):

