

Questionário para investigação de Erros Inatos do Metabolismo

O preenchimento de todos os campos agiliza a liberação dos resultados.

ETIQUETA DLE
CÓDIGO DE BARRAS

Nome do paciente: _____ Data de Nasc: _____

Médico: _____ Telefone: _____ Código: _____

Suspeita Diagnóstica: _____ Data de coleta: _____

Antecedentes familiares

Doenças metabólicas na família

Especifique: _____

Consanguinidade (Grau de parentesco entre os pais)

Especifique: _____

Outro: _____

Condição clínica atual☐ Sintomático e em episódio agudo☐ Sintomático e fora de episódio agudo☐ Paciente internado☐ Paciente internado e fora de crise☐ Assintomático**Medicamento em uso:**_____
_____**Alimentação**☐ Adequada para a idade☐ Em Jejum _____ horas☐ Leite materno☐ Vegetariana☐ Fórmula

Especifique: _____

☐ Dieta especial

Especifique: _____

☐ Nutrição parenteral

Especifique: _____

Sinais e sintomas☐ Encefalite☐ Diarreia☐ Insuficiência hepática☐ Convulsões☐ Vômitos☐ Microcefalia☐ Septicemia☐ Macrocefalia☐ Cardiomiopatia☐ Alterações hematológicas☐ Hepatomegalia

Atraso no desenvolvimento psico motor

Outro: _____

Exames realizados anteriormente☐ Acidose com anion gap normal☐ Acidose com anion gap elevado☐ Hiperamonemia☐ Hipoglicemia☐ Cetonúria☐ Hiperglicemia☐ Perfil Tandem com resultado normal☐ Hiperlactemia☐ Cetose☐ Perfil Tandem com resultado anormal

Especifique: _____

☐ Outro: _____**Resumo da história clínica:**_____

Informações fornecidas por: _____ Data: _____