

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 () Hiperlactecemia () Cetose
() Perfil Tandem com resultado anormal Especifique: _____
() Outro: _____

Resumo da história clínica:

Informações fornecidas por: _____ Data: _____