

Questionário para investigação de Erros Inatos do Metabolismo

ETIQUETA DE CÓDIGO DE
BARRAS

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

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 aniongap normal Acidose com aniongap 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: _____