

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

Diarréia

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: _____