

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: _____