

Questionário para investigação de Erros Inatos do Metabolismo

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

Nome do paciente	Data Nasc.	
Médico	Telefone	Código
Suspeita Diagnóstica	Data 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 Assintomático

Paciente internado Paciente internado e fora de crise

Medicamentos 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 Convulsões Septicemia Alterações hematológicas

Diarréia Vômitos Macrocefalia Hepatomegalia

Insuficiência hepática Microcefalia Cardiomiopatia Atraso no desenvolvimento psico motor

Outro: _____

Exames realizados anteriormente

Acidose com anion gap normal Hiperamonemia Hiperglicemia

Acidose com anion gap elevado Hipoglicemia Hiperlactecemia

Perfil Tandem com resultado normal Cetonúria Cetose

Perfil Tandem com resultado anormal Especifique: _____

Outro: _____

Resumo da história clínica: _____

Informações fornecidas por _____

Data _____