

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