

ESTUDIOS DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellido: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha toma de muestra: ___/___/___ Altura (cm): _____ Peso (kg): _____
 Teléfono (para contactos urgentes): _____
 Médico que solicita el estudio: _____

ESTADO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA TOMA DE MUESTRA (marque con una cruz)

Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	Internado	<input type="checkbox"/>	Internado en T. intensiva	<input type="checkbox"/>	Internado en TI con ARM	<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	------	--------------------------

MOTIVO DEL EXAMEN / HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA (DESCRIBIR)

ALIMENTACIÓN (marque con una cruz)

Leche materna	<input type="checkbox"/>	Formula	<input type="checkbox"/>	Dieta normal	<input type="checkbox"/>	Dietas especiales	<input type="checkbox"/>	Alim. parenteral	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

MEDICAMENTOS (antibióticos/ anticonvulsivantes/ psicofármacos/ otros)

INFORMACIÓN GENERAL (marque con una cruz)

<input type="checkbox"/> Ojo anormal	<input type="checkbox"/> Nistagmo	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Hipertonia
<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Hiperamonemia	<input type="checkbox"/> T. comportamiento	<input type="checkbox"/> Hiperglucemia
<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Orina de color alterado
<input type="checkbox"/> Acidosis Metabólica	<input type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> Granulación de leucocitos	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia
<input type="checkbox"/> Piel anormal	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Def. cierre TN	<input type="checkbox"/> Espasticidad
<input type="checkbox"/> Hiperventilación	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hipotonía	<input type="checkbox"/> Cetosis
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Macrocefalia	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Orina de olor alterado
<input type="checkbox"/> Acidosis Láctica	<input type="checkbox"/> Retardo motor	<input type="checkbox"/> Cetonuria	
<input type="checkbox"/> Ascitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ictericia	
<input type="checkbox"/> Taquipnea	<input type="checkbox"/> Linfocitos vacuolados		

ANTECEDENTES FAMILIARES (marque con una cruz)

Enfermedades metabólicas	<input type="checkbox"/>	Muerte súbita	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades hereditarias	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------

¿Cuáles?: _____

OTROS DATOS DE LABORATORIO

Estado Ácido - Base: _____ Ionograma: _____ Lactato: _____
 Glucemia: _____ Amonio: _____ Piruvato: _____