

**Estudios de Errores Congénitos del Metabolismo – Planilla de datos**

**Datos del Paciente:**

Apellido y Nombre: ..... Sexo: \_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Toma de muestra: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_ Kg  
 Teléfono (para contactos urgentes): .....  
 Medico (el que solicita el estudio) : .....

**Estado del paciente en el momento de la toma de muestra**

(Ambulatorio – Internado – Int. en Terapia Intensiva – Internado en TI con ARM – Coma)

.....

**Motivo del Examen / Hipótesis Diagnóstica**

.....

**Alimentación:**

<input type="checkbox"/>	Leche Materna
<input type="checkbox"/>	Fórmula
<input type="checkbox"/>	Dieta normal
<input type="checkbox"/>	Dietas Especiales
<input type="checkbox"/>	Alim. Parenteral

Marca: .....

Suplementos nutricionales: .....

**Medicamentos**

Antibióticos: .....  
 Anticonvulsivantes: .....  
 Psicofármacos: .....  
 Otros: .....

**Información general**

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

**Antecedentes familiares de:**

Enfermedades Metabólicas: .....  
 Muerte Súbita: .....  
 Otras enfermedades hereditarias: .....

**Otros datos de Laboratorio:**

Estado Ácido – Base:.....  
 Glucemia:.....  
 Ionograma:.....  
 Amonio:.....  
 Lactato:.....  
 Piruvato:.....