

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Médico: _____ Telefone: (____) _____ - _____ Código: _____

Suspeita diagnóstica: _____ Data da 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 Assintomático Paciente internado

Sintomático e fora de episódio agudo 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 parental Especifique: _____

SINAIS E SINTOMAS

Encefalite Convulsões Septicemia Alterações hematológicas

Diarreia Vômitos Macrocefalia Hepatomegalia

Insuficiência hepática Microcefalia Cardiomiopatia Atraso no desenvolvimento psico motor

Outros: _____

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: _____

Outros: _____

Resumo da história clínica: _____

Informações fornecidas por: _____ Data da coleta: ____/____/____

IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME