

RQ 0594 - 7 - DEHIDROCOLESTEROL QUESTIONÁRIO EXAME BIOQUÍMICA METABÓLICA

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Prezado (a), os dados a seguir são necessários para a correta realização do exame. Por favor, preencha os campos abaixo com letra legível para que a análise possa ser realizada com as informações corretas.

Dados do solicitante

Hospital/Clínica: _____

Nome completo: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

CRM: _____ Data da solicitação: ____/____/____

Dados da amostra

Data da coleta: ____/____/____ Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Email: _____

Telefone: _____ Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Dados clínicos

Suspeita Clínica: _____

Anamnese: Morte entre gêmeos Consanguinidade familiar

Início dos sintomas : Desde o nascimento Durante período neonatal Outro (especificar): _____

Tratamento em andamento: _____

Data de início: ____/____/____

Sintomas clínicos: Assinale o campo se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.

Morfologia

Hipotrofia Aspecto marfanóide
 Dismorfia facial Outro: _____

Sistema digestivo

Hepatomegalia Esplenomegalia
 Náusea Dificuldade de alimentação
 Hernia inguinal e/ou umbilical Outro: _____

Sintomas cardiovasculares

Miocardiopatia hipertrófica/Dilatada Displasia fibromuscular
 Trombose venosa e/ou arterial Curto intervalo de RP
 Outro: _____

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do solicitante

Sintomas clínicos: Por favor marque a caixa se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.

Sintomas osteoarticulares cifoscoliose anormalidade capilares

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retração de tendão | <input type="checkbox"/> Disostose multiplex |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Cifoscoliose |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

Sintomas Oftalmológicos

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Mancha macular vermelho cereja |
| <input type="checkbox"/> Luxação do cristalino | <input type="checkbox"/> Atrofia óptica |
| <input type="checkbox"/> Retinite pigmentosa | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Sintomas Oraís

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Otite crônica ou recorrente | <input type="checkbox"/> Pneumopatia |
| <input type="checkbox"/> Infiltração laringotraqueal | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apnéia do sono | |

Sintomas Dermatológicos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angioqueratoma, telangiectasia | <input type="checkbox"/> Nódulo periarticular |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Mamilos invertidos |
| <input type="checkbox"/> Anormalidade capilares | <input type="checkbox"/> Infiltração cutânea |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

Sintomas Neuromusculares

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipotonia | <input type="checkbox"/> Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Hipertonia | <input type="checkbox"/> Problemas de consciência |
| <input type="checkbox"/> Ataxia | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Atraso psicomotor | <input type="checkbox"/> Macro/microcefalia |
| <input type="checkbox"/> Regressão psicomotora | <input type="checkbox"/> Discinesia |
| <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais | <input type="checkbox"/> Miopatia |
| <input type="checkbox"/> Neuropatias | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Sintomas Renais

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Túbopatia | <input type="checkbox"/> Cisto renal |
| <input type="checkbox"/> Falência renal | <input type="checkbox"/> Litíase |
| <input type="checkbox"/> outro: _____ | |

Comentários (especificar a cronologia dos sintomas): _____

RQ 0594 - 7 - DEHIDROCOLESTEROL QUESTIONÁRIO EXAME BIOQUÍMICA METABÓLICA

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados clínicos

Sintomas Biológicos: *Por favor marque a caixa se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acidose metabólica | <input type="checkbox"/> Falência hepatocelular/citólise |
| <input type="checkbox"/> Cetonúria | <input type="checkbox"/> Anormalidade hematológicas (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Hiperproteinemia |
| <input type="checkbox"/> Hiperamonemia | <input type="checkbox"/> Cariótipo anormal |
| <input type="checkbox"/> Hiperlactacidemia | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Sintomas paraclínicos:

EEG, varredura, ressonância magnética, ecografia, problemas potenciais observados: _____

Exames histológicos: _____

Radiografias esqueléticas: _____
