

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do paciente

Nome completo: _____

Médico: _____ Data Nasc.: _____/_____/_____

Tel: () _____ Código: _____

Suspeita diagnóstico: _____ 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 Sintomático e fora de episódio agudo Assintomático

Paciente internado Paciente internado e fora de crise

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 Hepatomegalia

Atraso no desenvolvimento psico motor Outro: _____

Exames realizados anteriormente

Acidose com anion gap normal Hiperamonemia Hiperglicemia

Acidose com anion gap elevado Hipoglicemia Hiperlactícemia

Perfil Tandem com resultado normal Cetonúria Cetose

Perfil Tandem com resultado anormal Especifique: _____

Outro: _____

Resumo da história clínica: _____

Informações fornecidas: _____ Data: _____/_____/_____