

N° da Ficha:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE DE ÁCIDOS ORGÂNICOS

Caro cliente, você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. Por favor, preenchê-lo completamente.

Orgânicos Urinários

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: _____

Nome do médico: _____

Suspeita diagnóstica: _____

Condição clínica atual:

- Assintomático
 Episódio agudo

Sinais e Sintomas do paciente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Macrocefalia |
| <input type="checkbox"/> Acidose | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Hiperamonemia |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia | <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia |
| <input type="checkbox"/> Microcefalia | <input type="checkbox"/> Septicemia | <input type="checkbox"/> Atraso no crescimento |
| <input type="checkbox"/> Alterações hematológicas | <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática | <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento psicomotor |
| | <input type="checkbox"/> Vômitos | |

Medicação em uso:

- Antibiótico (especifique) _____
 Anticonvulsivante (especifique) _____
 Outros (especifique) _____

Alimentação:

- Leite materno
 Fórmula (especifique) _____
 Alimentação enteral (especifique) _____
 Alimentação parenteral (especifique) _____
 Dieta zero

Antecedentes Familiares

Doenças metabólicas na família. Especifique: _____

Consangüinidade (grau de parentesco entre os pais). Especifique: _____

Exames Realizados Anteriormente

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidose com ânion gap normal | <input type="checkbox"/> Perfil Tandem com resultado anormal | <input type="checkbox"/> Hiperglicemia |
| <input type="checkbox"/> Acidose com ânion gap elevado | <input type="checkbox"/> Hiperamonemia | <input type="checkbox"/> Cetonúria |
| <input type="checkbox"/> Perfil Tandem com resultado normal | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Hiperlacticemia |
| | | <input type="checkbox"/> Cetose |

Resumo da História Clínica:

Informações fornecidas por: _____

Data: ____/____/____.