

Cuestionario para estudio de
AMINOACIDOS EN ORINA/ OLIGOSACARIDOS EN ORINA

DATOS A COMPLETAR POR SU MÉDICO:

Datos del paciente:

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:/...../..... Peso(kg): Altura(cm):

Sexo: Fecha de toma de muestra:/...../.....

Teléfono (para contactos urgentes):

Médico que solicita el estudio:

Estado del paciente al momento de la toma de la muestra (Marque con tilde):

Ambulatorio Internado Internado en cuidados intensivos

Internado en cuidados intensivos con asistencia de respiración mecánica Coma

Detallar motivo del exámen/diagnóstico diferencial (Describir):

.....
.....

Describir el tipo de alimentación (Marque con tilde):

Leche materna Fórmula Dieta normal Dietas especiales

Alimentación parenteral

Medicamentos (Antibióticos, Anticonvulsivantes, Psicofármacos, otros)

.....
.....

Información general de la condición física (Marque con tilde):

Ojo anormal Esplenomegalia Letargia Acidosis metabólica

Piel Anormal Hiperventilación Debilidad o Acidosis Láctica Ascitis

Taquipnea Nistagmo Hiperamonemia Edema Retardo mental

Ataxia Orina de color alterado Macrocefalia Anemia Retardo Motor

CUESTIONARIO

- Convulsiones Linfocitos Vacuolados Microcefalia T.Comportamiento
Coma Granulación de Leucocitos Def.Cierre TN Hipotonía
Hipoglucemia Cetonuria Ictericia Hipertonía Hiperglucemia
Hepatomegalia Espasticidad Cetosis Enfermedades metabólicas
Muerte súbita
Otras enfermedades hereditarias

Especificar cuáles:

.....

Otros datos de laboratorio:

Glucemia:

Ionograma:

Amonio:

Lactato:

Piruvato:

Firma y sello del médico solicitante

CUESTIONARIO