

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Médico: _____ Tel.: _____ CRM: _____

Suspeita Diagnóstica: _____ Data Coleta: ____ / ____ / ____

Antecedentes Familiares: Doenças Metabólicas na família? Especifique: _____
 Consanguinidade (Grau de parentesco entre pais): _____
 Outro: _____

Condição Clínica Atual: Sintomático e em episódio agudo Sintomático e fora de episódio agudo
 Paciente internado Paciente Internado e fora de crise
 Assintomático

Medicamentos em Uso: _____

Alimentação: Adequada para idade Em Jejum ____ horas Leite materno Vegetariano
 Fórmula Especifique: _____
 Dieta especial Especifique: _____
 Nutrição parenteral Especifique: _____

Sinais e Sintomas: Encefalite Convulsões Septicemia Alterações Hematológicas
 Diarréia Vômitos Macrocefalia Hepatomegalia
 Insuficiência Microcefalia Cardiomiopatia Atraso no desenvolvimento
 Hepática psicomotor
Outro: _____

Exames realizados Acidose com anion gap normal Hiperamonemia Hiperglicemia
Anteriormente: Acidose com anion gap elevado Hipoglicemia Hiperlacticemia
 Perfil Tandem com resultado normal Cetonúria Cetose
 Perfil Tandem com resultado anormal: _____
 Outro: _____

Resumo da história clínica: _____

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

Assinatura cliente ou responsável: _____