

	Sistema de Gestión Integrado Registro	RG 328
		Rev. 5
Estudio de Errores Congénitos del Metabolismo – Planilla de Datos		Sector: SAB

Datos del Paciente:

Apellido y Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Fecha de toma de la muestra:

Altura (cm):

Peso (kg):

Teléfono (para contactos urgentes):

Médico que solicita el estudio:

Estado del paciente en el momento de la toma de muestra (marque con una cruz):


Ambulatorio		Internado		Internado en T. Intensiva		Internado en TI con ARM		Coma	
-------------	--	-----------	--	------------------------------	--	----------------------------	--	------	--

Motivo del Examen / Hipótesis Diagnóstica (Describir):

Alimentación (marque con una cruz):

Leche materna		Formula		Dieta normal		Dietas Especiales		Alim. Parenteral	
------------------	--	---------	--	--------------	--	----------------------	--	---------------------	--

Medicamentos (Antibióticos/Anticonvulsivantes/Psicofármacos/Otros):

	Sistema de Gestión Integrado Registro	RG 328
		Rev. 5
Estudio de Errores Congénitos del Metabolismo – Planilla de Datos		Sector: SAB

Información general (marque con una cruz):

Ojo anormal	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	Letargia	<input type="checkbox"/>	Acidosis Metabólica	<input type="checkbox"/>
Piel anormal	<input type="checkbox"/>	Hiperventilación	<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	Acidosis Láctica	<input type="checkbox"/>
Ascitis	<input type="checkbox"/>	Taquipnea	<input type="checkbox"/>	Nistagmo	<input type="checkbox"/>	Hiperamonemia	<input type="checkbox"/>
Edema	<input type="checkbox"/>	Retardo mental	<input type="checkbox"/>	Ataxia	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Macrocefalia	<input type="checkbox"/>	Retardo motor	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Linfocitos vacuolados	<input type="checkbox"/>
Microcefalia	<input type="checkbox"/>	T. comportamiento	<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>	Granulación de leucocitos	<input type="checkbox"/>
Def. cierre TN	<input type="checkbox"/>	Hipotonía	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Cetonuria	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	Hipertonia	<input type="checkbox"/>	Hiperglucemia	<input type="checkbox"/>	Orina de color alterado	<input type="checkbox"/>
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	Espasticidad	<input type="checkbox"/>	Cetosis	<input type="checkbox"/>	Orina de olor alterado	<input type="checkbox"/>

Antecedentes familiares (marque con una cruz):

Enfermedades Metabólicas	<input type="checkbox"/>	Muerte Súbita	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades hereditarias	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------

¿Cuáles?

Otros datos de Laboratorios:

Estado Ácido Base:

Glucemia:

Ionograma:

Amonio:

Lactato:

Piruvato: