

Prezado (a), os dados a seguir são necessários para a correta realização do exame.

Por favor, preencha os campos abaixo com letra legível para que a análise possa ser realizada com as informações corretas.

Dados do solicitante

Hospital/Clínica: _____

Nome completo: _____

CRM: _____ Data da solicitação: ____ / ____ / ____

Dados da amostra

Data da coleta: ____ / ____ / ____ Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ kg

Dados clínicos

Suspeita clínica: _____

Anamnese: Morte entre gêmeos Consanguinidade familiar

Início dos sintomas: Desde o nascimento Durante período neonatal

Outro (especificar): _____

Tratamento em andamento:

Data de início: ____ / ____ / ____

Sintomas clínicos: *Por favor marque a caixa se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.*

MORFOLOGIA

Hipotrofia Aspecto arfante Dismorfia facial

Outro: _____

SISTEMA DIGESTIVO

- Hepatomegalia Esplenomegalia Náusea Dificuldade de alimentação
- Hernia inguinal e/ou umbilical Outro: _____

SINTOMAS CARDIOVASCULARES

- Miocardiopatia hipertrófica/Dilatada Displasia fibromuscular Curto intervalo de RP
- Trombose venosa e/ou arterial Outro: _____

SINTOMAS OTESOARTICULARES

- Retração de tendão Disostose multiplex Osteoporose Cifoscoliose
- Outro: _____

SINTOMAS OFTALMOLÓGICOS

- Catarata Mancha macular vermelho cereja Luxação do cristalino
- Atrofia óptica Retinite pigmentosa Outro: _____

SINTOMAS ORAIS

- Otite crônica ou recorrente Pneumopatia Infiltração laringotraqueal
- Apneia do sono Outro: _____

SINTOMAS DERMATOLÓGICOS

- Angioqueratoma, telangiectasia Nódulo periarticular Eczema
- Mamilos invertidos Anormalidades capilares Infiltração cutânea
- Outro: _____

SINTOMAS NEUROMUSCULARES

- Hipotonia Convulsões Hipertonia Problemas de consciência
- Ataxia Coma Atraso psicomotor Macro/microcefalia
- Regressão psicomotora Discinesia Problemas comportamentais Miopatia

Neuropatias Outro: _____

SINTOMAS RENAIS

Túbulopatia Cisto renal Falência renal Litíase
 Outros: _____

COMENTÁRIOS (*especificar a cronologia dos sintomas*):

Sintomas biológicos: *Por favor marque a caixa se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.*

Acidose metabólica Falência hepatocelular/citólise Cetonúria
 Anormalidades hematológicas Hipoglicemia Hiperproteinúria
(especificar)
 Hiperamonemia Cariótipo anormal Hiperlactacidemia
 Outro: _____

Sintomas paraclínicos:

EEG, varredura, ressonância magnética, ecografia, problemas potenciais observados:

Exames histológicos:

Radiografias esqueléticas:
