

INFORME CLINICO ANEXO A PETICIONES METABOLICAS.

FECHA DEL INFORME:
HOSPITAL:

SOLICITANTE:
SERVICIO:

DATOS DEL PACIENTE(o pegatina)

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

SIP (imprescindible):

PETICION PRIORITARIA (imprescindible llamar 445455 Dr

Manrique/ 913962 Dra Ballenilla)

DIAGNOSTICO _____

DEBUT SI NO CONFIRMADO SI NO
(MARQUE LO QUE PROCEDA)

SINTOMAS INICIALES

EDAD DEL INICIO DE ESTOS SÍNTOMAS:

SIGNOS Y SÍNTOMAS ACTUALES (MARQUE LO QUE PROCEDA)

CONVULSIONES	SI	NO	RETRASO MENTAL	SI	NO
IRRITABILIDAD	SI	NO	RETRASO MOTOR	SI	NO
HIPOTONÍA	SI	NO	MIOPATIA	SI	NO
ATAXIA	SI	NO	MEGALIAS	SI	NO
ALTERACIONES CEFÁLICAS	SI	NO	TRASTORNOS CUTANEOS	SI	NO
DISMORFIA	SI	NO	TRASTORNOS OCULARES	SI	NO

NUTRICIÓN

AYUNAS (HORAS)

PARENTERAL (SI O NO Y TIPO)

ENTERAL (SI O NO Y TIPO)

MEDICACION

TAC

RMN

EEG

OTROS DATOS (alteraciones bioquímicas iniciales, genética, p. enzimáticas ...etc)