



**INSTITUTO DE QUÍMICA
UFRJ**

**PEDIDO DE INVESTIGAÇÃO
DE DOENÇA DE DEPÓSITO**



**PREENCHIMENTO OBRIGATORIO
COM LETRA LEGÍVEL**

Data da Entrada: / / 20

Nº de Registro:

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Prontuário nº:.....
 Data Nascimento:/...../..... Idade:..... Sexo: Fem. Masc.
 Procedência: Setor: Tel/Fax: (.....)
 Médico Solicitante: CRM: Especialidade:
 Telefone contato: (.....) E-mail:
 1ª investigação Repetição (Registro anterior no LABEIM): Data envio:/...../.....

2. SUSPEITA CLÍNICA:

2.1. INFORMAÇÕES ADICIONAIS REFERENTES À SUSPEITA DE DOENÇAS DE DEPÓSITO

2.1.1. CONSANGÜINIDADE ENTRE OS PAIS? Não Sim Grau:

2.1.2. OUTROS CASOS NA FAMÍLIA ? Não Sim (Em caso afirmativo, faça o heredograma no verso)

3. DATA DO INICIO DOS SINTOMAS:

3.1. DADOS CLÍNICOS:

- a) PC (.....) cm (.....%)
 b) Estatura (.....) cm (.....%)
 c) Peso (.....) g (.....%)
 d) Face Grosseira Não Sim
 e) Problemas Esqueléticos Não Sim
 f) Retardo Mental Não Sim
 g) Atraso Motor Não Sim
 h) Espasticidade Não Sim
 i) Convulsões Não Sim
 j) Hidropsia Fetal Não Sim
 k) Angioqueratoma Não Sim
 l) Problemas Oculares Não Sim
 m) Manchas Avermelhadas Não Sim
 n) Envolvimento Cardíaco Não Sim
 o) Macroglossia Não Sim
 p) Linfócitos Vacuolados Não Sim
 q) Hepatomegalia Não Sim
 r) Esplenomegalia Não Sim

4. NUTRIÇÃO:

- s) Leite Materno Não Sim
 t) Leite de Outras Fontes Não Sim
 u) Fórmulas Especiais Administradas:

5. RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

.....

LABORATÓRIO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO – LABEIM – DBq-IQ-UFRJ

Av. Horácio Macedo, 1281 - Pólo de Química - Bloco C - Cidade Universitária

Ilha do Fundão - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21941-598

Tel.: (21) 3938-3758 - E-mail: labeim@iq.ufrj.br