

TAMIZ METABÓLICO NEONATAL

Información General

Nombre: _____ Fecha de toma de muestra: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino
Semanas de gestación: _____ Peso: _____
Tiempo de nacido: _____ Etnia/Raza: _____
Nombre de la madre: _____
Médico: _____
Laboratorio: _____ Clave: _____
() Prematuro () Gemelo () Malformación Congénita () Enfermedad Genética
¿Fue Transfundido? () Si () No
En caso de afirmativo anotar la fecha en que fue realizado: _____
Volumen transfundido _____

***A continuación marque las opciones que apliquen.**

Nutrición Actual

- Oral: () soya () leche () frutas
- Parenteral
- Dietas especiales: _____

Impresión Diagnóstica

- Hipotiroidismo congénito
- Aminoacidopatía
- Acidemia orgánica
- Galactosemia
- Glicogenosis
- Fibrosis Quística
- Mucopolisacaridosis
- Otras: _____

Anomalías Cardíacas

- Cardiomiopatía
- Otras: _____

Anomalías Gastrointestinales

- Vómito
- Diarrea
- Rechazo a alimentos
- Insuficiencia hepática
- Cirrosis

Anomalías Neurológicas

- Retraso mental
- Ataxia
- Espasticidad
- Hipotonía
- Convulsiones
- Transtornos del comportamiento

Medicamentos

- Antiepilépticos: _____
- Hipnóticos: _____
- Antibióticos: _____
- Diuréticos: _____
- Psicotrópicos: _____
- Otros: _____
- En neonatos menores de tres días
medicación materna. _____

Anormalidades Generales

- Retraso estatural
- Retraso ponderal
- Facies toscas
- Anomalías en cabello y uñas
- Anomalías cutáneas
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Ictericia
- Crisis de apnea
- Taquipnea
- Infecciones recurrentes

Génética

- Consanguinidad
- Familiares con cuadros parecidos
- Familiares con muertes inexplicables
en la infancia

Observaciones
