

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
- Glocogenosis
- 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

- Antiepilepticos : _____
- 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

Génetica

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

Observaciones
