

مرکز تحقیقات اختلالات متابولیک

برگه درخواست آزمایش های متابولیک

اطلاعات بیمار

نام خانوادگی

نام

تاریخ تولد

f  m

شماره بیمار

شماره آزمایش در آزمایشگاه شما

اطلاعات بالینی، اندیکاسیون های تشخیصی- برای تفسیر نتایج آزمایش ها ضروری است

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

بله: ذکر جزئیات ضروری است  خیر  دارو یا انفوزیون

بله  خیر  (medium-chain triglycerides): بله  خیر  رژیم غذایی مخصوص

تاریخچه پزشکی	یافته های آزمایشگاهی	یافته های نورولوژیک	یافته های نورورادیولوژیک
Birth _____ weeks of gestation symptomatic from _____ Day/week/month/year of life خیر بله <input type="radio"/> <input type="radio"/> Consanguinity <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dystrophy at birth <input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDS or unsolved illness In siblings: _____ یافته های عمومی <input type="radio"/> <input type="radio"/> Acute metabolic decompensation <input type="radio"/> <input type="radio"/> Severe general illness <input type="radio"/> <input type="radio"/> Coma or encephalitis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cerebral hemorrhage <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psychomotor retardation <input type="radio"/> <input type="radio"/> Progressive deterioration <input type="radio"/> <input type="radio"/> Residual impairment <input type="radio"/> <input type="radio"/> Failure to thrive <input type="radio"/> <input type="radio"/> Recurrent vomiting	خیر بله <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hyperventilation <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tachycardia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dysmorphism, skeletal abnormalities: _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Short stature <input type="radio"/> <input type="radio"/> Macrocephaly <input type="radio"/> <input type="radio"/> Microcephaly <input type="radio"/> <input type="radio"/> Abnormalities of skin/hair: _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Abnormal odor <input type="radio"/> <input type="radio"/> Photosensitivity اختلالات عضوی <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatopathy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepato-/splenomegaly <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nephropathy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Renal-tubular dysfunction <input type="radio"/> <input type="radio"/> Cardiomyopathy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ocular abnormalities: _____	خیر بله <input type="radio"/> <input type="radio"/> Seizures <input type="radio"/> <input type="radio"/> Myoclonus <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muscular hypertonia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muscular hypotonia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ataxia, cerebel. dysfunction <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pyramidal signs <input type="radio"/> <input type="radio"/> Extrapramidal signs <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reflexes ↓ / ↑ یافته های نورورادیولوژیک <input type="radio"/> <input type="radio"/> Performed (MRI, CT, US (مشخص کنید) <input type="radio"/> <input type="radio"/> No pathological findings <input type="radio"/> <input type="radio"/> White matter abnormalities <input type="radio"/> <input type="radio"/> Grey matter abnormalities <input type="radio"/> <input type="radio"/> Malformation/lack of gyration <input type="radio"/> <input type="radio"/> Supratent. atrophy <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infratent. atrophy	خیر بله <input type="radio"/> <input type="radio"/> Metabolic acidosis <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anion gap increased <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anaemia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pancytopenia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hypoglycaemia Level: _____ mmol/l <input type="radio"/> <input type="radio"/> Lactic acidemia Level: _____ mmol/l <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hyperammonaemia Level: _____ μmol/l <input type="radio"/> <input type="radio"/> CK elevated <input type="radio"/> <input type="radio"/> AST/ALT elevated <input type="radio"/> <input type="radio"/> Creatinine elevated/decreased سایر موارد

فرستنده: نام و نام خانوادگی و نشانی

نام و نام خانوادگی پزشک معالج

شماره تلفن

تاریخ و امضاء