

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN**

Av. El Líbano 5524, Macul, Santiago.
Fono (56) 2 29781543
(56) 2 29781595
pesquisaneonatal@inta.uchile.cl

ANÁLISIS DE ÁCIDOS ORGÁNICOS EN ORINA

AX-TM-007 Versión N°4
Fecha de Elaboración: 16.12.2024

Este formulario debe ser enviado al laboratorio junto a la muestra de orina del paciente

NOMBRES		APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO	RUN	EDAD	TIPO DE PACIENTE		
			AMBULATORIO		HOSPITALIZADO
PROCEDENCIA		SERVICIO O UNIDAD			
FECHA DE SOLICITUD		FECHA TOMA DE MUESTRA	HORA TOMA DE MUESTRA		

Tratamiento farmacológico

SI (Indique) Anticonvulsivantes Antibióticos Otros: _____
 NO

Tratamiento nutricional

SI (Indique) MCT Nutramigen Otros: _____
 NO

Vía de alimentación

Medio de contrate en las últimas 24 horas:

Otros tratamientos (Indique) _____

Parenteral SI
 Enteral NO

Señale en la siguiente tabla las manifestaciones clínicas encontradas en el paciente:

<input type="checkbox"/> Acidosis Metabólica	<input type="checkbox"/> Compromiso oftalmológico	<input type="checkbox"/> Letargia
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> Miopatía
<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Hiperamonemia	<input type="checkbox"/> Polineuropatía
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> RDSM
<input type="checkbox"/> Cetoacidosis	<input type="checkbox"/> Hipotonía	<input type="checkbox"/> Síntomas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Intolerancia al ejercicio	<input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hiperlactacidemia	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Indicar si el paciente se le han realizado otros exámenes metabólicos:

--

Antecedentes familiares:**Sospecha clínica:**

--	--

Nombre médico solicitante	Teléfono	Correo electrónico	Firma

Comentarios:

--