



Laboratorio de
Enfermedades Metabólicas
INTA-Universidad de Chile

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN

ANÁLISIS DE ÁCIDOS ORGÁNICOS EN ORINA

El Líbano 5524, Macul, Santiago-CHILE
Fonos: (02) 2978 14 91 - 2978 15 90
acidosorganicos@inta.uchile.cl
www.inta.cl

Versión N°2 AX-TM-007

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

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Apellidos

Fecha de Nacimiento	Edad	RUT	Tipo de paciente	
/ /			Ambulatorio	Hospitalizado

Procedencia	Servicio o Unidad

Tratamiento farmacológico:

SI (Indique) Anticonvulsivantes Antibióticos Otros: _____
 NO

Tratamiento nutricional:

SI (Indique) MCT Nutramigen Otros: _____
 NO

Vía de alimentación:

Parenteral
 Enteral

Medio de contraste en las últimas 24 horas:

SI
 NO

Otros tratamientos: (Indique)

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 al paciente se le han realizado otros exámenes metabólicos:

--

Antecedentes familiares:

Sospecha Clínica:

--	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del médico	Teléfono	e-mail

COMENTARIOS

--

Firma del médico: _____

Fecha de solicitud: _____