

DATOS DEL PACIENTE

Nombre		Apellidos			
Fecha de Nacimiento	Edad	RUT	Tipo de paciente		
/ /			Ambulatorio	Hospitalizado	
Procedencia			Servicio o Unidad		

Exámenes Área Selectiva

Sangre:

- Ácido Láctico
- Ácido Pirúvico
- Aminoacidemia
- Amonio
- Ceruloplasmina
- Cuantificación de aminoácidos
- Nivel de Carnitinas

Líquido cefalorraquídeo:

- Ácido Láctico
- Cuantificación de aminoácidos

Orina:

- Ácido Metilmalónico
- Aminoaciduria
- Cromatografía de Azucres
- Cromatografía de Oligosacáridos
- Cuantificación de aminoácidos
- Screening Metabólico
- Screening de Mucopolisacáridos
- Test de Berry
- Test de Sulfitos

Exámenes Área Pesquisa Neonatal*

Gotas de sangre seca:

- 17-OH-Progesterona
- Aminoácidos de Cadena Ramificada
- Cuantificación de Fenilalanina
- Cuantificación de Tirosina
- Galactosa 1-P-Uridiltransferasa

- Galactosa Total
- Hormona Tiroestimulante (TSH)
- Perfil de Aminoácidos y Acilcarnitinas
- Pesquisa Neonatal Ampliada
- Tripsina Inmunoreactiva (IRT)

*Complete toda la información solicitada en la tarjeta de toma de muestras.

Exámenes Área Enzimas Lisosomales

Gotas de sangre seca:

- Alfa-galactosidasa (Enf. de Fabry)
- Arilsulfatasa B (MPS tipo VI)
- Beta-galactosidasa (MPS tipo IVB/GM1)
- Beta-glucosidasa (Enf. de Gaucher)
- Iduronato-2-sulfatasa (MPS tipo II)
- N-acetilgalactosamina-6-sulfatasa (MPS tipo IVA)

Suero:

- Beta-glucuronidasa (MPS tipo VII)
- Hexosaminidasa A
- Hexosaminidasa Total

Leucocitos:

- Alfa-iduronidasa (MPS tipo I)
- Alfa-galactosidasa (Enf. de Fabry)
- Arilsulfatasa A (Leucodistrofia Metacromática)
- Arilsulfatasa B (MPS tipo VI)
- Beta-galactosidasa (MPS tipo IVB/GM1)
- Beta-glucosidasa (Enf. de Gaucher)
- Hexoaminisada A
- Hexosaminidasa Total
- Iduronato-2-sulfatasa (MPS tipo II)
- N-acetilgalactosamina-6-sulfatasa (MPS tipo IVA)

Exámenes Área Cromatografía Gaseosa – Espectrometría de Masas

Orina:

- Ácidos Orgánicos (Complete formulario especial)
- Ácido Orótico
- Test de Allopurinol
- Succinilacetona

Fecha y hora de toma de muestras: ____/____/____ ____:____

Este formulario debe ser enviado al laboratorio junto a la muestra del paciente y con la totalidad de los datos solicitados



FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN

Laboratorio de Enfermedades Metabólicas

Av. El Líbano 5524. Macul.
Santiago-CHILE
Fonos: 56(2) 2978 14 84 - 2978 15 43
www.inta.cl

Tratamiento farmacológico:

SI (Indique)

NO

Antecedentes familiares:	Sospecha Clínica:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del médico	Teléfono	e-mail

Firma del Médico: _____

Fecha de solicitud: _____