



REGIONE VENETO
AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITA' DI PADOVA
U.O.C. Malattie Metaboliche Ereditarie

Direttore: Dott. Alberto Burlina
Laboratorio Malattie Metaboliche Ereditarie - Via Orus 2/c Pal. E
35129 Padova - Tel. 049 8212536 - 0498217476 Fax. 049 8217474

MODULO ESAMI LABORATORIO MALATTIE METABOLICHE EREDITARIE

(compilazione IN TUTTI I CAMPI da parte del medico richiedente, da inviare assieme al campione)

Informazioni Richiedente:

Cognome _____ Nome _____
Struttura _____
Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Informazioni Paziente:

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____
Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia _____
Codice fiscale _____ Codice tesserino sanitario _____
Stato civile _____ Nazionalità _____
Residenza: Comune _____ CAP _____ PROV _____
Indirizzo _____ N° _____ TEL. _____

Il paziente è sottoposto a terapia al momento del prelievo? ☐ NO ☐ SI

Se sì quali:

- ☐ Trasfusioni (ultima trasfusione _____)
☐ Alimentazione parenterale TPN
☐ Supplementazione con: ☐ carnitina ☐ aminoacidi ☐ vitamine
☐ Terapia farmacologica:
☐ Antibiotici (quali) _____
☐ Antiepilettici (quali) _____
☐ Altro _____

L'esame è richiesto per:

- ☐ Monitoraggio terapia in paziente affetto da: _____
☐ Sospetto di una malattia metabolica ereditaria (compilare il riquadro C valutazione clinica)

Valutazione clinica:

- ☐ Prematurità _____
☐ Sofferenza neonatale _____
☐ Macrocrania _____
☐ Microcrania _____
☐ Dismorfismi _____
☐ Anomalie scheletriche _____
☐ Disturbi oculari (se si quali) _____

Disturbi gastrointestinali

- ☐ Ritardo di crescita _____
☐ Epatomegalia _____
☐ Splenomegalia _____
☐ Altro _____

Disturbi Neurologici - psichici

- ☐ Ritardo mentale ☐ Mioclonie
☐ Segni extrapiramidali ☐ Coma
☐ Neuropatia periferica ☐ Atassia
☐ Miopatie ☐ Ipotonia
☐ Crisi epilettiche ☐ Ipertonia
Altro _____

Esami condotti (segnalare eventuali valori alterati)

Esami di laboratorio:

☐ Sangue _____

☐ Urine _____

☐ Liquor _____

Esami neurologici:

☐ TAC cerebrale (con MCD ☐) _____

☐ RMN cerebrale (con MCD ☐) _____

☐ EEG _____

Altro _____

Data _____

Allegato 2

Firma _____

Lab. Mod. 027 Rev.4 del 05/05/2013