

	<b>FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN</b>	Av. El Líbano 5524, Macul, Santiago. Fono (56) 2 29781543 pesquisaneonatal@inta.uchile.cl www.cedinta.cl
	Laboratorio de Enfermedades Metabólicas	

AX-TM-006 Versión 5

**DATOS DEL PACIENTE OBLIGATORIOS**

<b>NOMBRES</b>		<b>APELLIDOS</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RUT</b>	<b>EDAD</b>	<b>TIPO DE PACIENTE</b>	
			<b>AMBULATORIO</b>	<b>HOSPITALIZADO</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		<b>SERVICIO O UNIDAD</b>	<b>FECHA DE SOLICITUD</b>	

**Exámenes Área Selectiva**

**Sangre:**

- Ácido Láctico
- Ácido Pirúvico
- Ácido Metilmalónico Cuantitativo
- Aminoacidemia
- Ceruloplasmina
- Cuantificación de Aminoácidos
- Homocisteína
- Niveles de Carnitinas

**Orina:**

- Ácido Metilmalónico Cualitativo
- Aminoaciduria
- Cromatografía de Azúcares
- Cromatografía de Oligosacáridos
- Screening Metabólico
- Screening Mucopolisacáridos
- Test de Berry

**Líquido Cefalorraquídeo:**

- Ácido Láctico
- Cuantificación de Aminoácidos

**Gotas de Sangre Seca:**

- Concentración de Nitisinona (NTBC)

**Exámenes Área Pesquisa Neonatal** (Complete toda la información solicitada en la tarjeta de toma de muestra)

**Gotas de Sangre Seca:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterona</li> <li><input type="checkbox"/> Aminoácidos de Cadena Ramificada</li> <li><input type="checkbox"/> Biotinidasa</li> <li><input type="checkbox"/> Cuantificación de Fenilalanina</li> <li><input type="checkbox"/> Galactosa 1-P-Uridiltransferasa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Galactosa Total</li> <li><input type="checkbox"/> Hormona Tiroestimulante</li> <li><input type="checkbox"/> Perfil de Aminoácidos y Acilcarnitinas</li> <li><input type="checkbox"/> Pesquisa Neonatal Ampliada</li> <li><input type="checkbox"/> Tripsina Inmunoreactiva</li> </ul> |
|---|--|

**Exámenes Área Lisosomales**

**Gotas de Sangre Seca:**

- Alfa-Galactosidasa (Enfermedad de Fabry)
- Arilsulfatasa B (MPS tipo VI)
- Beta-Galactosidasa (MPS tipo IVB/GM1)
- Beta-Glucosidasa (Enfermedad 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
- Screening Mucopolipidosis

**Leucocitos:** (Notificar vía correo electrónico su envío)

- Alfa-Iduronidasa (MPS tipo I)
- Alfa-Galactosidasa (Enfermedad de Fabry)
- Arilsulfatasa A (Leucodistrofia Metacromática)
- Arilsulfatasa B (MPS tipo VI)
- Beta-Galactosidasa (MPS tipo IVB/GM1)
- Beta-Glucosidasa (Enfermedad de Gaucher)
- Iduronato-2-Sulfatasa (MPS tipo II)
- N-Acetilgalactosamina-6-Sulfatasa (MPS tipo IVA)
- Screening Heredodegenerativo

**Exámenes Área Cromatografía Gaseosa – Espectrometría de Masas**

**Orina:**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ácidos Orgánicos (Complete formulario especial)</li> <li><input type="checkbox"/> Ácido Orótico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Test de Alopurinol</li> <li><input type="checkbox"/> Succinilacetona</li> </ul> |
|--|---|

<b>FECHA TOMA DE MUESTRA</b>	<b>HORA TOMA DE MUESTRA</b>	<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	
	:	<b>SI</b> (Indique):	<b>NO</b>
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		<b>SOSPECHA CLÍNICA</b>	
<b>NOMBRE MÉDICO SOLICITANTE</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<b>FIRMA</b>

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