



آزمایشگاه تشخیص طبی دانش

پرسشنامه بررسی اسیدهای ارگانیک در ادرار

نام بیمار :	نام پدر :	شماره پذیرش :	نسبت خانوادگی والدین :
جنسیت :	سن :	سن شروع علائم بیماری :	تاریخ مراجعه به آزمایشگاه :
شماره تلفن ثابت :	شماره موبایل :	آدرس منزل :	
لطفا مشخص نمایید که بیمار کدامیک از علائم زیر را دارد و آیا این علائم دائمی است یا مقطعی			
تاخیر حرکتی :	مشکل تنفسی :		
استفراغ :	امتناع از غذا خوردن :		
سکسکه :	مشکلات ماهیچه ای :		
عدم وزنگیری مناسب :	حرکات غیر طبیعی :		
بوی غیر طبیعی :	عدم رشد و نمو :		
فلج :	مشکلات بینایی یا شنوایی :		
عقب ماندگی ذهنی :	مشکل تکلم :		
تشنج :	تورم اعضای داخلی (کبد - طحال و...) :		
کما :	سابقه مرگ زودرس در خانواده :		
آزمایشهایی که بیمار تاکنون انجام داده است :			
داروهای مورد استفاده :			
نوع رژیم غذایی و دارویی :			
توضیحات :			