

فرم شرح حال (بررسی اسیدهای ارگانیک ادراری)

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 کدام یک از علائم زیر را دارد و آیا این علائم دائمی هستند یا مقطعی؟

تاخیر حرکتی:	مشکل تنفسی:
استفراغ:	امتناع از غذا خوردن:
سکسکه:	مشکلات ماهیچه ای:
عدم وزن گیری مناسب:	حرکات غیر طبیعی:
بوی غیر طبیعی:	عدم رشد و نمو:
فلج:	مشکلات بینایی و شنوایی:
عقب ماندگی ذهنی:	مشکل تکلم:
تشنج:	تورم اعضای داخلی (کبد، طحال...):
کما:	سابقه مرگ زودرس در خانواده:
آزمایش هایی که بیمار تا کنون انجام داده:	
داروهای مورد استفاده:	
نوع رژیم غذایی و دارویی:	
توضیحات:	