



فرم شرح حال

(بررسی اسید های ارگانیک ادراری)

شماره:

تاریخ:

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:	
تاخیر حرکتی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	مشکل تنفسی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
استفراغ:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	امتناع از غذا خوردن:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
سکسکه:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	مشکلات ماهیچه ای:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
عدم وزن گیری مناسب:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	حرکات غیر طبیعی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
بوی غیر طبیعی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	عدم رشد و نمو:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
فلج:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	مشکلات بینایی یا شنوایی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
عقب ماندگی ذهنی:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	مشکل تکلم:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
تشنج:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	تورم اعضای داخلی (کبد، طحال و...):	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی
کما:	<input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> مقطعی	سابقه مرگ زودرس در خانواده:	
آزمایشاتی که بیمار تاکنون انجام داده است:			
داروهای مورد استفاده:			
نوع رژیم غذایی و دارویی و توضیحات:			