

TAMIZ METABÓLICO NEONATAL



TAMIZ METABÓLICO NEONATAL

Nombre _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Semanas de gestación: _____ Peso: _____

Tiempo de nacido: _____ Etnia / Raza: _____

Prematuro: ☐ Si ☐ No (Si, si es menor de 36 semanas)

Alimentación parenteral total: ☐ Si ☐ No

¿Fue Transfundido?: ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo anotar la fecha en que fue realizado _____ y el volumen transfundido _____

Nombre de la madre: _____

Nombre de quien envía la muestra: _____

Laboratorio: _____ Clave: _____

FOR-PRE 0009/VO