

Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas

CIM: _____

Datos del niño

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hora: ____/____ Género: Masculino Femenino

Calle: _____ N.º _____ Piso _____ CP _____

Población: _____ Centro de Salud: _____

Datos de la Madre/Tutora/Otro progenitor:

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____

¿Es vegetariana? No Sí ¿Toma alguna medicación? _____

Teléfono: _____ Dirección electrónica: _____

Datos del Padre/Tutor/Otro progenitor:

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____

Teléfono: _____ Dirección electrónica: _____

Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas

Datos del nacimiento y de la extracción

Hospital de nacimiento: _____

Semanas de gestación: _____ Peso: _____ Embarazo múltiple: No Sí Monocorial

Centro de extracción de la muestra: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____

Código de identificación o nombre y apellidos del enfermero responsable de la extracción: _____

Tipo de alimentación: Materna Artificial Parenteral Enteral

Como mínimo 2 ingestas satisfactorias: No Sí Tratamiento antibiótico: No Sí

Transfusión: No Sí Plasma Sangre Plaquetas Data: ____/____/____ Hora: ____/____

Diagnóstico de íleo meconial: No Sí

AUTORIZO que se efectúen las pruebas del Programa y los estudios moleculares necesarios para completar el diagnóstico. El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas incluye el estudio de los portadores. La muestra excedente quedará almacenada y se podrá utilizar para investigaciones biomédicas de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, excepto si expresa su negativa por escrito al Programa de Detección Precoz de Enfermedades Endocrinometabólicas (c/ de Jesús, 38 A, 07010 Palma).

Firma