

DIAGNÓSTICO DE MUCOPOLISACARIDOSIS

ADJUNTAR ESTA PLANILLA COMPLETA CON EL ENVIO DE MUESTRAS

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: DNI:

Nombre del médico:

E-mail:.....

Lugar de trabajo:

Teléfono.....

CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN PARA LA SOSPECHA CLÍNICA DE MPS

(marcar con un círculo por SÍ o por NO)

Excreción de GAGs aumentada	SÍ	NO
Excreción de GAGs: _____ mg/mmol creatinina	SÍ	NO
MANIFESTACIONES CLINICAS		
Opacidad corneal	SÍ	NO
Rasgos faciales toscos	SÍ	NO
Macrocefalia	SÍ	NO
Macroglosia	SÍ	NO
Disostosis múltiple	SÍ	NO
Mano en garra	SÍ	NO
Rigidez articular	SÍ	NO
Hiperlaxitud articular	SÍ	NO
Compromiso neurológico	SÍ	NO
Talla baja	SÍ	NO
Hernia umbilical/inguinal	SÍ	NO
Infecciones vías aéreas superiores	SÍ	NO
Otitis	SÍ	NO
Hipertricosis	SÍ	NO