

DIAGNÓSTICO DE MUCOPOLISACARIDOSIS

Adjuntar esta planilla completa con el envío de muestras

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento	Edad	DNI

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre	Apellido
Lugar de trabajo	
Teléfono	E-mail

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 CLÍNICAS

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