



## DIAGNÓSTICO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO

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 (AEH)

**DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO**  
(marcar con un círculo por SÍ o por NO)

#### HISTORIA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

Edemas Recurrentes	SÍ	NO					
Extremidades	SÍ	NO					
Faciales	SÍ	NO					
Pruriginoso	SÍ	NO					
Duración mayor a 24hs	SÍ	NO					
Responde a Antihistamínicos y/o corticoides	SÍ	NO					
Urticarias y/o ronchas	SÍ	NO					
Eritema no pruriginoso	SÍ	NO					
Historia Familiar de Angioedema	SÍ	NO					
Edema Laríngeo sin explicación	SÍ	NO					
Episodios de dolor abdominal	SÍ	NO					
Uso de medicamentos AINES y/o IECA	SÍ	NO					
Vómitos	SÍ	NO					
Dolor abdominal que requirió cirugía	SÍ	NO					
Edad de comienzo de síntomas (años)	0 - 5	5 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	
Clínica asociada a:	Trauma	Menstruación	Medicación	Infección	Stress	No	
Localización de los síntomas:	Facial	Lengua	Vías aéreas superiores	Abdominal	Genital	Extremidades inferiores	Extremidades superiores

#### HISTORIA FAMILIAR DE ANGIOEDEMA

--	--	--	--	--	--