



QUESTIONÁRIO DIABETES MONOGÊNICO NEONATAL

(DM NEONATAL)

DATA DA ENTREVISTA: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CONTATO DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: _____

FICHA: _____ TELEFONE _____ DE

CONTATO: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ GÊNERO: _____

PESO AO NASCIMENTO: _____

HIPOGLICEMIA AO NASCIMENTO: _____

IDADE DO DIAGNÓSTICO DE HIPERGLICEMIA/DIABETES: _____

PESO AO DIAGNÓSTICO: _____ ALTURA AO DIAGNÓSTICO: _____

DOSE DE INSULINA AO DIAGNÓSTICO (UI/Kg/dia): _____

DOSE DE INSULINA ATUAL (UI/Kg/dia): _____

REMISSÃO DO DIABETES:

SIM NÃO SE SIM, DATA _____

REAPARECIMENTO DO DIABETES:

SIM NÃO SE SIM, DATA _____

FRAQUEZA MUSCULAR: SIM NÃO

EPILEPSIA: SIM NÃO

RETARDO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: SIM NÃO

MACROGLOSSIA: SIM NÃO



QUESTIONÁRIO DIABETES MONOGÊNICO NEONATAL

(DM NEONATAL)

DOENÇA RENAL: SIM NÃO

HERNIA UMBILICAL: SIM NÃO

ANORMALIDADES ESQUELÉTICAS: SIM NÃO

DISFUNÇÃO TIROIDEANA: SIM NÃO

EVIDÊNCIA BIOQUÍMICA DE MALABSORÇÃO: SIM NÃO

HIPOPLASIA PANCREÁTICA: SIM NÃO

DEFEITOS CARDÍACOS: SIM NÃO

DISMORFISMO FACIAL: SIM NÃO

ANEMIA: SIM NÃO

AO DX - GLICEMIA DE JEJUM (mg/dL): _____ HbA1C: _____

DOSAGEM DE PEPTÍDEO C: _____ GLICEMIA: _____

VALOR E DATA DE HbA1c: _____ INTERVALO DE HbA1c: _____

RESULTADO DE ANTI-GAD: _____ VALOR DE REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-IA2: : _____ VALOR DE REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-IAA: _____ VALOR DE REFERÊNCIA: _____

RESULTADO DE ANTI-ZnT8: _____ VALOR DE REFERÊNCIA: _____

HISTÓRIA FAMILIAR:

PAI E MÃE TEM ALGUM GRAU DE PARENTESCO:

SIM NÃO SE SIM, QUAL: _____

PAI COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA ATUAL: _____

MÃE COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA ATUAL: _____

PAI DO PAI COM DM: SIM NÃO

MÃE DO PAI COM DM: SIM NÃO



QUESTIONÁRIO DIABETES MONOGÊNICO NEONATAL

(DM NEONATAL)

PAI DO MÃE COM DM: SIM NÃO

MÃE DO MÃE COM DM: SIM NÃO

IRMÃOS COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA ATUAL: _____

FILHOS COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA ATUAL: _____

OUTROS FAMILIARES COM DM

SIM NÃO

SE SIM, IDADE E PESO AO DX, TERAPIA ATUAL: _____

HISTÓRIA FAMILIAR DE CISTOS RENAI, PROTEINÚRIA, AGENESIA, INSUF. RENAL:

SIM NÃO

HISTÓRIA FAMILIAR DE SURDEZ

SIM NÃO

HEREDOGRAMA