

**Informações do Paciente (Obrigatório)**

Nome Completo	Data de Nascimento (DD/MM/YYYY)
---------------	---------------------------------

	Sim (Descrição)	Não	Não sei
Prematuridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restrição de crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atraso no desenvolvimento da linguagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regressão neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo/Espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertonia/Espasticidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentos anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dismorfismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixa estatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta estatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macrocefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperextensibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Sim (Descrição)	Não	Não sei
Contraturas nas articulações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade/Crescimento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganho ponderal insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações estruturais de SNC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformações oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos congênitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações renais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações esqueléticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformação dos membros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações na pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações da genitália	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemi-hipertrofia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer/tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiares com os mesmos sintomas (quais?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros achados relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preenchido por: _____

Data: _____