**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

 **Caso nuevo Seguimiento**

**Nombre del médico tratante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de envío formulario:**\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_** **Fecha nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad madre: \_\_\_\_\_ Edad padre: \_\_\_\_\_\_**

**Departamento de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Departamento de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prestador de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de diagnóstico del TEA: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_ (años) \_\_\_\_\_(meses)**

**Primeros Síntomas detectados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(meses)**

**Quien detectó primeros síntomas: Padres Educador Médico Otros**

**Antecedentes del embarazo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antecedentes del parto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antecedentes del recién nacido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Crecimiento normal \_\_\_ patológico (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Perímetro cefálico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antecedentes Personales Patológicos:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Antecedentes Familiares:** |
|  | **MADRE** | **PADRE** | **HERMANOS** | **TIOS** | **PRIMOS** | **OTROS** |
| Epilepsia |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedades Genéticas identificadas |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedades Neurológicas conocidas |  |  |  |  |  |  |
| Retardo Mental |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos del Lenguaje |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos del Espectro Autista |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos del Aprendizaje |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno por Déficit Atencional |  |  |  |  |  |  |
| Trastorno por Tics |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos por Ansiedad |  |  |  |  |  |  |
| Trastornos del Humor |  |  |  |  |  |  |
| Esquizofrenia |  |  |  |  |  |  |
| Consumo de Alcohol /Otras sustancias |  |  |  |  |  |  |
| Otras problemas de Salud Mental |  |  |  |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad Celíaca |  |  |  |  |  |  |
| Intolerancia a la lactosa |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |
| Hipotiroidismo |  |  |  |  |  |  |
| Otras |  |  |  |  |  |  |

**Historia del Desarrollo Temprano. (Motor, Lenguaje, Socioemocional, Juego, Hábitos, Alertas o desvíos.)**

|  |
| --- |
|  |

**Regresión Temprana NO SI**

**\*Características Clínicas Actuales:**

|  |
| --- |
|  |

**Patologías Asociadas:**

|  |
| --- |
|  |

**Diagnósticos Planteados:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Evaluaciones Realizadas:** | **Comentarios** |
| Neuropediatría |  |
| Psiquiatría Pediátrica |  |
| ORL/Fonoaudiológicas |  |
| Audiológica |  |
| Gastro - Enterólogo |  |
| Oftalmólogo |  |
| Psicomotriz |  |
| Pedagógica: |  |
| Otras |  |

**Estudios de Laboratorio:**

|  |
| --- |
|  |

**EEG:**

|  |
| --- |
|  |

**Estudios de Imagen:**

|  |
| --- |
|  |

**Screening Genético:**

|  |
| --- |
|  |

**Otros exámenes que considere importantes mencionar:**

|  |
| --- |
|  |

**Comorbilidades médicas o del psico-neuro-desarrollo:**

|  |
| --- |
|  |

**\*Tratamientos Psico-Educativos y rehabilitaciones específicas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lenguaje** |  |
| **Psicomotriz** |  |
| **Neurocognitivo** |  |
| **Pedagógico** |  |
| **Habilidades Sociales** |  |
| **Entrenamiento a Padres**  |  |
| **Terapia Familiar** |  |
| **Psico-Dinámicas** |  |
| **Arteterapia** |  |
| **Zooterapias**  |  |
| **Otros** |  |

**Comentarios:**

|  |
| --- |
|  |

**\*Tratamientos Farmacológicos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del fármaco** | **dosis** | **motivo** | **Fecha Inicio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Otros Tratamientos Biológicos No Farmacológicos:**

|  |
| --- |
|  |

**Preguntas que desea que el equipo ECHO Autismo le responda:**

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** proyectoechouruguay@fmed.edu.uy**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**

**Recomendamos descargar el Consentimiento Informado del Paciente antes de realizar la presentación del caso en el Proyecto ECHO. El mismo debería adjuntarse a la historia clínica de su paciente.**