**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO - AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS**

**DEL DESARROLLO INFANTIL**

 **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** | **TÍOS** | **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 SÍ**

**\*Características clínicas actuales:**

|  |
| --- |
|  |

**Patologías asociadas:**

|  |
| --- |
|  |

**Diagnósticos planteados:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Evaluaciones realizadas:** | **Comentarios** |
| Neuropediatría |  |
| Psiquiatría pediátrica |  |
| ORL/Fonoaudiológicas |  |
| Audiológica |  |
| Gastroenterólogo |  |
| 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 psicoeducativos y rehabilitaciones específicas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lenguaje** |  |
| **Psicomotriz** |  |
| **Neurocognitivo** |  |
| **Pedagógico** |  |
| **Habilidades sociales** |  |
| **Entrenamiento a padres**  |  |
| **Terapia familiar** |  |
| **Psicodinámicas** |  |
| **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 le responda:**

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** proyecto@echo.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.**