

FORMULARIO DIFERENCIACIÓN SEXUAL 18 MESES DE EDAD

IDNUM MADRE: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Cohorte: _____
IDNUM NIÑO: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
NOMBRE NIÑO : _____	
FECHA EXPLORACIÓN: ____/____/____	Examinador: _____

UTENSILIOS NECESARIOS: ORQUIÓMETRO, CINTA MÉTRICA

DESARROLLO SEXUAL

- | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.- Criptorquidia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 2.- Teste en resorte | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 3.- Teste en ascensor | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 4.- Hernia inguinal congénita | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 5.- Hidrocele | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 6.- Varicocele | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 7.- Fimosis / Sinequias labiales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 8.- Hipospadias. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Glandular | <input type="checkbox"/> Coronal | <input type="checkbox"/> Subcoronal | <input type="checkbox"/> Peneana |
| | | | | <input type="checkbox"/> Penoescretal | <input type="checkbox"/> Escrotal | <input type="checkbox"/> Perineal |

PIEL

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| 9.- Hemangiomas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Número | <input type="checkbox"/> Viscerales (si eco) | | |
| 10.- Areola mamaria hiperpigmentada | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | | |
| 11.- Genitales externos hiperpigmentados | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 12.- Menorragia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 13.- Galactorrea | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 14.- Politelia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nº: _____ | | | |
| 15.- Vellosoidad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fino universal | <input type="checkbox"/> Lanugo | <input type="checkbox"/> Hirsutismo | <input type="checkbox"/> Otros |

OTROS

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|--|
| 16.- Genitales Ambiguos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Estadio de Prader | | | |
| 17.- Himen imperforado. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 18.- Otras anomalías asociadas. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Agenesia en dg prenatal | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Otras malformaciones genitourinarias | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Extrofia de cloaca | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Extrofia de vejiga | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Epispadias | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Aniridia | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Hemihipertrofia | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |
| 19.- Si alguna de las respuestas anteriores es Si, ¿Se diagnosticó durante el embarazo? | | | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| 20.- Volumen testicular (mm) | | | _____ | | | |
| 21.- Tamaño del pene (cm) | | | _____ | | | |
| 22.- Estadios de Tanner | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo genital peno-testicular | <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> GII | <input type="checkbox"/> GIII | <input type="checkbox"/> GIV | <input type="checkbox"/> GV | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo mamario | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SII | <input type="checkbox"/> SIII | <input type="checkbox"/> SIV | <input type="checkbox"/> SV | |
| <input type="checkbox"/> Vello púbico | <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPII | <input type="checkbox"/> PPIII | <input type="checkbox"/> PPIV | <input type="checkbox"/> PPV | |
| 23.- Axilarquia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |

La evaluación del RN, debe ser cuidadosa en una atmósfera cálida, con las manos del explorador templadas y el niño lo más tranquilo posible. Es deseable realizarla delante de los padres que así podrán participar de forma más directa y menos inquietante.