

برنامه کشوری غربالگری نوزادان/دفتر ثبت نتایج غربالگری - فرم شماره ۲- صفحه اول

شبکه بهداشت و درمان شهرستان :.....

مرکز نمونه گیری :مرکز جامع خدمات شهری/روستایی.....

۱۱		۱۰						۹				۸				۷		۶	۵	۴	۳	۲	۱	
آدرس و تلفن موارد فراخوان شده		نتیجه آزمایش غربالگری نوبت اول						زمان اعلام آزمایش غربالگری موارد مشکوک نوبت اول برحسب سن نوزاد به روز				زمان نمونه گیری نوبت اول بر حسب سن نوزاد				نیاز به غربالگری مجدد		شماره کاغذ فیلتر	تاریخ تولد	جنس		نام مادر	نام و نام خانوادگی نوزاد	شماره نوبت
																				♂	♀			
SC	GTPD	pku		(CH) مشکوک			سال	≥۲۲	۱۵-۲۱	۱۰-۱۴	۹-۷	≥۲۲	۱۵-۲۱	۹-۱۴	۳-۵	جنس	بسیار بالاتر کد علت							
		≥۲۰	۱۹.۹-۴	≥۲۲	۱۹.۹-۱۰	۹.۹-۵																		

کد موارد نمونه گیری مجدد از پاشنه پا: ۱-نمونه نامناسب ۲-۹,۹-۵-TSH ۳-نوزاد نارس ۴-نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰گرم ۵-نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰گرم ۶- دوقلوئی ۷-سابقه بستری در بیمارستان ۸- تعویض خون ۹- مصرف داوی خاص

نام نمونه گیر : تاریخ نمونه گیری:

