**فرم ثبت مشخصات نمونه های گاتری نوزادان در مراکز نمونه گیری و آزمایشگاه غربالگری نوزادان**

**تاریخ ارسال مرکز بهداشتی درمانی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره**  | **نام و نام خانوادگی**  | **شماره گاتری**  | **سن نوزاد** | **تکرار نمونه های مرجوع** **یا فراخوان شده قبلی**  | **نمونه های نامناسب مرجوع شده از طریق آزمایشگاه**  | **توضیحات**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| تعداد کل نمونه :  | نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول نمونه گیری  | نام ونام خانوادگی و امضاء مسئول غربالگری ( آزمایشگاه)  |

تذکر 1: مشخصات فرمهای شماره 1 در این فرم ثبت و فرم های مذکور همراه این فرم به آزمایشگاه ارسال گردد.

تذکر 2 : ستون 5 توسط مرکز نمونه گیری و با علامت √ یا × مشخص می گردد.

تذکر 3 : ستون 6 توسط آزمایشگاه غربالگری و با علامت √ یا × مشخص می گردد.

تذکر 4 : این فرم می بایست در دونسخه تهیه شده و یک نسخه پس از تکمیل و تحویل در آزمایشگاه توسط پیک به مسئول نمونه گیری عودت داده شود.