

برنامه جامع ژنتیک اجتماعی، فرم ارجاع موارد مثبت تأیید و مشکوک غیر کلاسیک به بیمارستان منتخب

(HD-IMD-00-MN-FO-013-00)

نام بیماری تحت مراقبت: نام بیمارستان منتخب:

ارجاع از: شماره تلفن محل ارجاع:

تاریخ ارجاع: ساعت ارجاع: علت ارجاع:

• مشخصات نوزاد:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد نوزاد:/...../.....

• مشخصات آزمایش غربالگری:

نام آزمایش غربالگری: سن نوزاد در زمان انجام آزمایش به روز:روزه

تاریخ اولین آزمایش غربالگری: نام آزمایشگاه غربالگر: نتیجه آزمایش (غربالگری):

• سایر توضیحات (شامل آزمایشات تایید تشخیص انجام شده و ...):

.....
.....
.....

نام ارجاع دهنده: سمت ارجاع دهنده: مهر واحد ارجاع دهنده:

اعلام نتیجه اقدامات انجام شده در بیمارستان منتخب:

نتیجه ی بررسی نوزاد با نام پدر در تاریخ

سالم است .

جهت تعیین تکلیف نهایی به مدت ماه تحت نظر می باشد .

مبتلا به بیماری می باشد و لازم است به بیمارستان منتخب مراجعه نماید.

توضیحات:

.....
.....

نام و نام خانوادگی و مهر پزشک بررسی کننده

نام و نام خانوادگی رابط بیمارستان