



دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت بهداشت، گروه بیماری‌های غیر واگیر

فرم ارجاع به بیمارستان منتخب در برنامه متابولیک ارثی (PKU)

ارجاع از ستاد شبکه / مرکز شهرستان  ری  اسلامشهر  جنوب، مرکز خدمات جامع سلامت

بدینوسیله اعلام می‌شود؛ نوزاد / کودک نام پدر تاریخ تولد / /

با کد ملی / کد سامانه سیب در بر نامه غربگری کشوری بیماری‌های متابولیک ارثی (PKU) مورد ارزیابی اولیه قرار

گرفته است. با عنایت به نتیجه ی آزمایش غربالگری با اطلاعات ذیل، جهت بررسی بیشتر به آن مرکز ارجاع می‌گردد.

تاریخ انجام آزمایش غربالگری نوزاد / / سن نوزاد هنگام غربالگری

تاریخ اعلام نتیجه آزمایش غربالگری توسط آزمایشگاه / /

نتیجه آزمایش غربالگری:  مشکوک به بیماری متابولیک ارثی  مشکوک به فنیل کتونوری با میزان فنیل آلانین پاشنه به مقدار ..... میلی گرم بر دسی لیتر

آدرس نوزاد / کودک

شماره تماس والدین: و نام فرد ارجاع دهنده: .....

مهر مرکز ارجاع دهنده

آدرس مرکز طبی کودکان

تهران، انتهای بلوار کشاورز، خیابان میرخانی، مرکز طبی کودکان، ساختمان کلینیک درمانگاه‌های تخصصی، طبقه اول، کلینیک تکامل

اعلام نتیجه توسط بیمارستان منتخب

همکار محترم معاونت بهداشت؛ با احترام به استحضار می‌رساند؛ نوزاد فوق الذکر، در تاریخ / / در این مرکز مورد بررسی

تخصصی قرار داده شد و نتیجه بررسی به شرح ذیل می‌باشد.

تشخیص	تشخیص
سایر بیماری‌های متابولیک: (لطفاً ذکر بفرمایید.)	<input type="radio"/> سالم است
	<input type="radio"/> Hyperphenylalaninemia (6-9.9)
	<input type="radio"/> Hyperphenylalaninemia (4-5.99)
	<input type="radio"/> PKU (Mild)
	<input type="radio"/> PKU (Moderate)
	<input type="radio"/> PKU (Classic)
	<input type="radio"/> Lack of BH4

مهر و امضای پزشک معالج