



برنامه کشوری غربالگری نوزادان، فرم نمونه گیری فرم شماره (۱) (HD-IMD-00-MN-FO-00-001)

جهت بررسی، شناسایی و تشخیص (S.C،G6PD،PKU،CH) بیماری های متابولیک ارثی
Newborn Screening for Inherited Metabolic Diseases Investigation

شماره کاغذ فیلتر:

نام محل نمونه گیری:	مرکز بهداشت شهرستان:		دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی:
شماره تلفن محل نمونه گیری:	محل نمونه گیری:		
آدرس محل سکونت والدین:	جنس نوزاد: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>	ملیت نوزاد: ایرانی <input type="checkbox"/> غیرایرانی <input type="checkbox"/>	کد ملی مادر:
	نام و نام خانوادگی مادر: سن مادر: ساله		نام و نام خانوادگی نوزاد:
	وزن زمان تولد گرم:	قد زمان تولد سانتی متر:	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>
	تاریخ تولد نوزاد: ۱۴ / .. / ..		نوبت اول <input type="checkbox"/> نوبت دوم <input type="checkbox"/> نوبت سوم <input type="checkbox"/> نوبت چهارم <input type="checkbox"/>
شماره تلفن تماس والدین: ۱	نوبت چهارم: ۱۴ / .. / ..	نوبت سوم: ۱۴ / .. / ..	نوبت دوم: ۱۴ / .. / ..
۲	تاریخ نمونه گیری: نوبت اول: ۱۴ / .. / ..		
۳	زمان نمونه گیری برحسب سن نوزاد به روز =		
نام و نام خانوادگی نمونه گیر:	آیا نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>		
تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه:	بله نیازمند نمونه گیری مجدد: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> سایر بیماری های متابولیک ارثی:		
مهر مرکز نمونه گیری و امضای نمونه گیر:	۱۰- نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است <input type="checkbox"/>	۵- تعویض یا دریافت خون <input type="checkbox"/>	*علت نمونه گیری مجدد:
	۱۱- نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/>	۶- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	۱- نمونه نامناسب <input type="checkbox"/>
	۱۲- انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر <input type="checkbox"/>	۷- نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم <input type="checkbox"/>	۲- جواب TSH=۹/۹-۵ <input type="checkbox"/>
		۸- دوقلوبی یا چند قلوبی <input type="checkbox"/>	۳- نوزاد نارس <input type="checkbox"/> هفته
تاریخ اعلام نتیجه آزمایش:		۹- سابقه مصرف داروی خاص <input type="checkbox"/>	۴- بستری در بیمارستان و یا سابقه آن <input type="checkbox"/>
			*نوع ازدواج: غیرخوشاوندی <input type="checkbox"/> کد ۱ <input type="checkbox"/> کد ۲ <input type="checkbox"/> کد ۳ <input type="checkbox"/> خوشاوند دور <input type="checkbox"/>
مهر و امضای آزمایشگاه	نتیجه TSH:	نتیجه Phe:	نتیجه SC:
	نتیجه G6PD:	نتیجه سایر بیماری های متابولیک ارثی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	نیاز به نمونه گیری مجدد <input type="checkbox"/>
* علت نمونه گیری مجدد (علاوه بر نمونه نامناسب) به تفکیک هر بیماری:			
الف- کم کاری تیروئید بدو تولد شامل: همه علل نمونه گیری مجدد به جزء بند ۱۰) نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است و (۱۱) نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی : چون باید آزمایش وریدی انجام شود.			
ب- فنیل کتون اوری شامل بندهای: (۳) نوزاد نارس زیر ۳۳ هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد(۴) بستری در بیمارستان و یا سابقه آن(۵) تعویض یا دریافت خون(۱۱) نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج(۱۲) انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر(ج- متابولیک ارثی شامل بندهای: (۳) نوزاد نارس زیر ۳۳ هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد(۴) بستری در بیمارستان و یا سابقه آن(۵) تعویض یا دریافت خون(۶) نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم(۱۰) نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است(۱۱) نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج(۱۲) انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر			
*ازدواج خوشاوندی کد ۱: ازدواج فرزندان عمه، عمودایی و خاله با یکدیگر کد ۲: ازدواج فرزندان ایشان با نوه های آن ها کد ۳: ازدواج نوه های ایشان با یکدیگر خوشاوند دور: ازدواج خوشاوندی دورتر از موارد گفته شده			