|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | برنامه كشوري غربالگري نوزادان ، فرم نمونه گيري فرم شماره ( 1) (001-00-HD-IMD-00-MN-FO )جهت بررسی ، شناسایی و تشخيص ( CH، PKU، G6PD ،S.C و بيماري هاي متابوليک ارثی )Newborn Screening for Inherited Metabolic Diseases Investigation  | دانشگاه علوم پزشکی تهران.png |
|  شماره كاغذ فیلتر: ............................................................................ |
|  نام محل نمونه گیري: |  مركز بهداشت شهرستان: ....................................................... | ................... |  دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی: ............ |
|  شماره تلفن محل نمونه گیري: |  |  محل نمونه گیري:  |
|  آدرس محل سکونت والدين: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |  ملیت نوزاد: ایرانی غیرایرانیجنس نوزاد: دختر پسر |  |  كد ملی مادر: |
| ............................................... نام پدر:........................................ نام و نام خانوادگی مادر: ........................................................... سن مادر: ................. ساله |  نام و نام خانوادگی نوزاد: |
|  قد زمان تولد سانتی متر: .............. وزن زمان تولدگرم: .................. |  نوع زايمان: طبیعی سزارین | تاريخ تولد نوزاد: .... / . .. . / .. 14 |
| دوم نوبت سوم نوبت چهارم |  نوبت نمونه گیري: نوبت اول نوبت  |
| 1.............................................................................................................................................شماره تلفن تماس والدين: ............................................................................2 3..............................................................................  | 14 نوبت دوم: .... / .... / ....14 نوبت سوم : .... / .... / ...14 نوبت چهارم : .... / .... / ....14 |  تاريخ نمونه گیري: نوبت اول: ../.... /......  |
| وز= |  زمان نمونه گیري برحسب سن نوزاد به ر |
| رد؟ بلی خیر  |  آيا نوزاد نیاز به نمونه گیري مجد دا  |
|  نام و نام خانوادگی نمونه گیر: |  S.C  G6PD  PKU  سایر بیماری های متابولیک ارثی: |  بله نیازمند نمونه گیري مجدد: CH |
| تاريخ ارسال نمونه به آزمايشگاه: مهر مركز نمونه گیري وامضاي نمونه گیر: |
| 1. تعویض یا دریافت خون□ 10- نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است□
2. نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم □ 11- نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج□
3. نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم □ 12- انجام دیالیز در 72 ساعت اخیر□

 8-دوقلویی یا چند قلویی□ 9- سابقه مصرف داروی خاص□ |  \*علت نمونه گیري مجدد:1 -نمونه نامناسب□2-جواب 5-9/9=TSH□1. نوزاد نارس□ ........ هفته
2. بستری در بیمارستان و یا سابقه آن □
 |
| تاريخ اعلام نتیجه آزمايش: |
|  | 1□ كد2□ كد3□ خویشاوند دور□ | \*\*نوع ازدواج: غیرخویشاوندی □ كد |
|  مهر و امضاي آزمايشگاه | نتیجه G6PD: | نتیجه Phe: |  نتیجه TSH: |
| نتیجه ساير بیماري هاي متابولیک ارثی: طبیعی غیر طبیعی نیاز به نمونه گیري مجدد | نتیجه SC: |
| \* علت نمونه گیري مجدد )علاوه بر نمونه نامناسب( به تفکیک هر بیماري:الف- كم كاری تیروئید بدو تولد شامل: همه علل نمونه گیری مجدد به جزء بند10 )نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است و 11)نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی : چون باید آزمایش وریدی انجام شود.ب- فنیل كتون اوری شامل بندهای:3)نوزاد نارس زیر 33 هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد(- 4) بستری در بیمارستان و یا سابقه آن( - 5)تعویض یا دریافت خون(- 11) نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج(- 12)انجام دیالیز در 72 ساعت اخیر(ج- متابولیک ارثی شامل بندهای: 3)نوزاد نارس زیر 33 هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد(- 4)بستری در بیمارستان و یا سابقه آن( - 5)تعویض یا دریافت خون(- 6)نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم(- 10)نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است( 11) نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج(- 12)انجام دیالیز در 72 ساعت اخیر |
| \*\*ازدواج خویشاوندی كد1 : ازدواج فرزندان عمه، عمو،دایی و خاله با یكدیگر كد2: ازدواج فرزندان ایشان با نوه های آن ها كد3:ازدواج نوه های ایشان با یكدیگر خویشاوند دور: ازدواج خویشاوندی دورتر از موارد گفته شده |