|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | |