

شماره سند :	تعداد صفحات:	معتبر از تاریخ : 93/02/01	زمان بازنگری : 94/02/01
محدوده توزیع :	شرح کلی : پرسشنامه مراجعه کنندگان آزمایش غربالگری بیماریهای متابولیک		

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	نام پزشک معالج:
تاریخ تولد:	تاریخ دریافت نمونه خون:	
وزن نوزاد هنگام تولد:	نسبت خانوادگی والدین:	
سن نوزاد هنگام تولد:	سن بیمار هنگام دریافت نمونه خون:	
آیا بیمار از داروی خاصی استفاده می کند؟		
آیا بیمار سابقه دریافت خون دارد؟		
آیا سابقه مرگ زودرس و یا کودک عقب مانده در خانواده وجود دارد؟		
آیا بیمار علائم خاصی دارد؟		
علت مراجعه به پزشک چه بوده است؟		
شهرستان محل تولد:	شماره موبایل:	
آدرس منزل:	شماره تلفن ثابت به همراه کد شهرستان:	
والدین گرامی: در صورت نیاز، آزمایش با نمونه مجدد تکرار خواهد شد. محل امضاء:		

همکار گرامی: جهت تهیه نمونه آزمایش غربالگری بیماریهای متابولیک، رعایت موارد زیر الزامی است.

1. از تماس دست با حلقه های موجود بر روی کارت نمونه گیری پرهیز کنید.
2. به هنگام ریختن قطرات خون در حلقه ها، دقت نمایید تا خون، خارج از محدوده تعیین شده ریخته نشود.
3. از ریختن مجدد خون به داخل حلقه های کارت نمونه گیری بپرهیزید.
4. در داخل کلیه حلقه ها نمونه گیری انجام شود.
5. پس از تهیه نمونه، کارت را به مدت دو ساعت، دور از نور مستقیم، در دمای معمولی و به صورت افقی نگهداری کنید تا خشک شود.
6. پس از نمونه گیری، از قرار دادن کارت در داخل سلفون یا هر محل دیگری که باعث ایجاد رطوبت شود خودداری نمایید.
7. پس از خشک شدن نمونه، کارت را در داخل همین برگه به آزمایشگاه پردیس ارسال نمایید.

با تشکر آزمایشگاه پارسه

در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با آزمایشگاه پارسه تماس بگیرید.

**لطفا در این کادر چیزی نوشته نشود.**

شماره ردیف:	شماره پذیرش:	مبدأ نمونه:
تاریخ دریافت نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	تاریخ دریافت نتیجه:

نتیجه تست:

شماره سند:	تعداد صفحات:	معتبر از تاریخ: 93/02/01	زمان بازنگری: 94/02/01
محدوده توزیع:	شرح کلی: پرسشنامه مراجعه کنندگان آزمایش غربالگری بیماریهای متابولیک		

تاریخ نمونه گیری: نام و نام خانوادگی مادر: شماره تماس: نام پزشک:

لطفا موارد زیر با دقت پر شود:

1. آیا حداقل 72 ساعت از آغاز تغذیه نوزاد با شیر مادر یا شیر خشک گذشته است؟  بلی  خیر
2. آیا نوزاد نارس ( بارداری کمتر از 36 هفته) به دنیا آمده است؟  بلی  خیر
3. آیا نوزاد سابقه تزریق خون دارد؟  بلی  خیر اگر پاسخ مثبت است تاریخ آخرین تزریق خون یادداشت شود:
4. آیا نوزاد آنتی بیوتیک مصرف می کند؟  بلی  خیر نام آنتی بیوتیک در صورت مصرف ذکر شود: .....
5. آیا نوزاد در NICU بستری است؟  بلی  خیر
6. آیا نوزاد داروهای ضد تشنج مصرف می کند؟  بلی  خیر

\* در صورتی که نوزاد دارای هر کدام از علائم زیر می باشد مشخص نمایید:

استفراغ  تشنج  بی حالی و کم تحرکی  اختلال هوشیاری  تاخیر در رشد  کبد بزرگ

در صورتی که غیر از موارد ذکر شده در رابطه با وضعیت جسمانی بیمار موردی نیاز به ذکر دارد در اینجا آورده شود:

—  
—  
—

لطفا در صورت داشتن نتیجه آخرین آزمایشات انجام شده از قبیل لاکتات و آمونیاک و ... پیوست شود.

نویسنده شرح حال و نسبت با بیمار: