

این فرم به صورت ماهیانه بر اساس تعداد مراجعات بیماران بر اساس سن و سطح فنیل آلانین ایشان به درمانگاه متابولیک/PKU بیمارستان منتخب که منجر به دریافت خدمات در بیمارستان منتخب و انجام آزمایشات دوره ای HPLC شده است، تکمیل و ظرف ۱۰ روز اول ماه بعد به مرکز بهداشت استان/معاونت بهداشت ارسال می شود.

نکته ۱: بیمارانی که سطح فنیل آلانین ایشان به سطح هدف (۶-۲ میلی گرم بر دسی لیتر در کودکان زیر ۱۲ سال) و (۱۰-۲ میلی گرم بر دسی لیتر در کودکان بالای ۱۲ سال) نرسیده اند، به صورت هفتگی تحت کنترل با انجام آزمایشات HPLC دوره ای قرار گیرند.

- **محل تکمیل فرم:** درمانگاه متابولیک / PKU بیمارستان منتخب
- **مسئول تکمیل فرم:** مسوول درمانگاه متابولیک / PKU بیمارستان منتخب یا مددکار اجتماعی
- **چگونگی تکمیل فرم شماره ۲۵:** فرم پیگیری غیبت از درمان بیماران از بیمارستان منتخب متابولیک/PKU
- فنیل آلانین در آزمایشات کنترل درمان به جای کالریمتری، با HPLC بررسی شود.
- سطح کنترل فنیل آلانین ۶-۲ میلی گرم بر دسی لیتر در گروه سنی زیر ۱۲ سال و ۱۰-۲ میلی گرم بر دسی لیتر در گروه سنی بزرگتر از ۱۲ سال می باشد.

فواصل مراجعه	گروه سنی بیماران
هر ماه مراجعه	زیر سه سال
هر سه ماه مراجعه	سه تا شش سال
هر شش ماه مراجعه	شش تا دوازده سال
مراجعه سالیانه	بزرگتر از دوازده سال