

:(WI-00) (HD-IMD-00-MN-FO-013-00)

این فرم جهت ارجاع نوزادان مثبت تأیید (مواردی که نتیجه آزمایش HPLC ایشان در نمونه DBS، $Phe \geq 3.4$ میلی گرم بر دسی لیتر و در نمونه پلاسما هپارینه، میزان فنیل آلانین $Phe \geq 4$ میلی گرم بر دسی لیتر باشد) و نوزادان مشکوک به فنیل کتونوری غیر کلاسیک ($2 \leq Phe \leq 4$ میلی گرم بر دسی لیتر) می باشد.

نکته: این فرم همانند سایر فرم‌های ارجاع و پس‌خوراند ارجاع جاری در سیستم، دارای ته برگ ارجاع (به منظور پیگیری موارد ارجاع شده) می باشد که پس از تکمیل به والدین نوزاد تحویل داده می شود و از آنان خواسته می شود تا با در دست داشتن این فرم به بیمارستان منتخب مراجعه نموده و توجه نمایند که قسمت پایین فرم توسط بیمارستان تکمیل شود. به والدین آموزش داده می شود که در اولین فرصت، فرم تکمیل شده را به کارشناس غربالگری واحد نمونه‌گیری تحویل دهند.

■ **محل تکمیل فرم:** قسمت ارجاع: مرکز نمونه‌گیری ---- پس‌خوراند ارجاع: بیمارستان منتخب

■ **مسئول تکمیل فرم:** قسمت ارجاع: توسط نمونه‌گیر ---- پس‌خوراند ارجاع: توسط متخصص غدد/کودکان منتخب

■ **چگونگی تکمیل فرم:** فرم ارجاع موارد مثبت تأیید بیماری و موارد مشکوک بیماری به بیمارستان

توجه به نکات زیر حائز اهمیت است:

- تمامی قسمت‌های این فرم باید به صورت کاملاً دقیق و با خط خوانا ثبت شود.
- نتایج آزمایش غربالگری و تأیید تشخیص (HPLC) در ردیف سایر توضیحات (شامل آزمایشات تایید تشخیص انجام شده و ...)، ثبت شود
- مشخصات کامل فرد ارجاع دهنده، سمت به طور کامل نوشته شده و مهر واحد نمونه‌گیری ثبت شود.
- قسمت پایین فرم مربوط به بیمارستان منتخب می باشد، نوزادانی که با نتایج مثبت و مشکوک به بیمارستان منتخب ارجاع می شوند در نهایت در بیمارستان منتخب بر اساس نتایج آزمایشات تکمیلی و معاینات فوق تخصص منتخب تشخیص نهایی داده می شوند و قسمت پایین فرم نتایج اولین ویزیت، توسط متخصص منتخب ثبت و به واحد ارجاع دهنده پس‌خوراند آن ارسال می شود.