

برنامه جامع ژنتیک اجتماعی، فرم اعلام تشخیص نهایی بیمار از بیمارستان منتخب متابولیک/ PKU مرکز استان ( فرم شماره ۱) (HD-IMD-00-MN-FO-011-00)

از بیمارستان منتخب..... به معاونت بهداشت دانشگاه..... ماه : ..... سال: .....

آدرس کامل و تلفن	۵ اعلام وضعیت تشخیص نهایی							۴ ارجاع از	۳ ذکر تاریخ اولین مراجعه		۲ تاریخ تولد بیمار	۱ نام و نام خانوادگی بیمار		
	سالم	سایر بیماری های متابولیک با ذکر نام بیماری	گذرا HPA (۴-۵.۹۹)	نوع pku					نام شهرستان یا پزشک ارجاع دهنده در بخش خصوصی	سایر			شناسایی در برنامه غربالگری	
				کمبود BH4	کلاسیک	Moderate	Mild							HPA (۶-۹.۹۹)

○ در این ماه هیچ موردی از موارد فوق جهت گزارش از بیمارستان وجود نداشته است.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ تکمیل فرم: .....

**توصیه ها و پیگیری های مورد نظر:**

- \* ثبت نتیجه تشخیص در دفتر پیگیری بیماران فنیل کتونوری در ستاد شهرستان
- \* والدین بیمار به واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی مراجعه کنند
- \* والدین بیمار تحت پوشش مراقبت ژنتیک قرار گیرند
- \* قطع مراقبت به دلیل تشخیص نهایی سالم بودن بیمار