



برنامه کشوری غربالگری نوزادان، فرم نمونه گیری (فرم شماره ۱) (HD-IMD-00-MN-FO-001-00)
 جهت بررسی (شناسایی و تشخیص) S.C، G6PD، PKU، CH و بیماری های متابولیک ارثی
 (Newborn Screening for Inherited Metabolic Diseases Investigation)

شماره کاغذ فیلتر:		
نام محل نمونه گیری:	مرکز بهداشت شهرستان:	
شماره تلفن محل نمونه گیری:	محل نمونه گیری: مرکز جامع سلامت شهری/ روستایی <input type="checkbox"/> پایگاه سلامت شهری/ روستایی <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
آدرس محل سکونت والدین:	کد ملی سرپرست خانوار: □□□□□□□□□□ ملیت نوزاد: ایرانی <input type="checkbox"/> غیرایرانی <input type="checkbox"/> جنس نوزاد: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>	
	نام و نام خانوادگی نوزاد: نام پدر: نام و نام خانوادگی مادر: سن مادر: ساله	
	تاریخ تولد نوزاد: / / ۱۳..... نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/> قد زمان تولد(سانتی متر): وزن زمان تولد(گرم):	
	نوبت نمونه گیری: نوبت اول <input type="checkbox"/> نوبت دوم <input type="checkbox"/> نوبت سوم <input type="checkbox"/> نوبت چهارم <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن تماس والدین:	تاریخ نمونه گیری: نوبت اول: / / ۱۳..... نوبت دوم: / / ۱۳..... نوبت سوم: / / ۱۳..... نوبت چهارم: / / ۱۳.....	
	زمان نمونه گیری برحسب سن نوزاد به روز =	
	آیا نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی نمونه گیر:	باری نیازمند نمونه گیری مجدد: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> سایر بیماری های متابولیک ارثی: <input type="checkbox"/>	
تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه:	*علت نمونه گیری مجدد: ۱- نمونه نامناسب <input type="checkbox"/> ۲- جواب TSH=۵-۹/۹ <input type="checkbox"/> ۳- نوزاد نارس <input type="checkbox"/> هفته ۴- بستری در بیمارستان و یا سابقه آن <input type="checkbox"/> ۵- تعویض یا دریافت خون <input type="checkbox"/> ۶- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۷- نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۸- دوقلویی یا چندقلویی <input type="checkbox"/> ۹- سابقه مصرف داروی خاص <input type="checkbox"/> ۱۰- نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است <input type="checkbox"/> ۱۱- نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> ۱۲- انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر <input type="checkbox"/>	
مهر مرکز نمونه گیری وامضای نمونه گیر:		
تاریخ اعلام نتیجه آزمایش:	*نوع ازدواج: غیرخوشاوندی <input type="checkbox"/> کد ۱ <input type="checkbox"/> کد ۲ <input type="checkbox"/> کد ۳ <input type="checkbox"/> خوشاوند دور <input type="checkbox"/>	
	نتیجه TSH:	نتیجه Phe:
مهر و امضای آزمایشگاه	نتیجه SC: نتیجه سایر بیماری های متابولیک ارثی: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> نیاز به نمونه گیری مجدد <input type="checkbox"/>	
* علت نمونه گیری مجدد (علاوه بر نمونه نامناسب) به تفکیک هر بیماری:		
الف- کم کاری تیروئید بدو تولد شامل: همه علل نمونه گیری مجدد به جزء بند ۱۰ (نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است) و ۱۱ (نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی : چون باید آزمایش وریدی انجام شود)		
ب- فیل کتون اوری شامل بندهای ۳(نوزاد نارس زیر ۳۳ هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد)- ۴(بستری در بیمارستان و یا سابقه آن) - ۵(تعویض یا دریافت خون)- ۱۱(نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج)- ۱۲(انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر)		
ج- متابولیک ارثی شامل بندهای: ۳(نوزاد نارس زیر ۳۳ هفته: نمونه گیری مجدد یک ماه بعد از تولد)- ۴(بستری در بیمارستان و یا سابقه آن) - ۵(تعویض یا دریافت خون)- ۶(نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم)- ۱۰(نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است) ۱۱(نمونه گیری به دلیل وجود علائم بالینی و نظر پزشک معالج)- ۱۲(انجام دیالیز در ۷۲ ساعت اخیر)		
**ازدواج خوشاوندی کد ۱ : ازدواج فرزندان عمه، عمودایی و خاله با یکدیگر کد ۲: ازدواج فرزندان ایشان با نوه های آن ها کد ۳: ازدواج نوه های ایشان با یکدیگر خوشاوند دور: ازدواج خوشاوندی دورتر از موارد گفته شده		