

.....BESLENME VE METABOLİZMA
KLİNİĞİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçenin Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniği'ne sevkı uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....
Anne Adı:.....
Doğum Tarihi:.....
1. Kan Alınma Tarihi:.....
2. Kan Alınma Tarihi:.....
Tel:.....
Adres:.....

BE Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....,

İkinci Kan Örneği:.....

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildirimini yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

.....Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:
...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı
İmza

.....BESLENME VE METABOLİZMA
KLİNİĞİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçenin Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniği'ne sevkı uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....
Anne Adı:.....
Doğum Tarihi:.....
1. Kan Alınma Tarihi:.....
2. Kan Alınma Tarihi:.....
Tel:.....
Adres:.....

BE Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....,

İkinci Kan Örneği:.....

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildirimini yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

.....Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:
...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı
İmza