

..... HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Ter Testinin yapılması için Merkezimize sevkle gelen BEBEK'in;

TER TESTİ SONUCU ve REFERANS ARALIĞI:

YÖNLENDİRİLDİĞİ KLİNİĞİN ADI:.....

ADRES ve TELEFONU:

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı
İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

..... Ter Testi Merkezi Adres ve Telefonu:

..... HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Ter Testinin yapılması için Merkezimize sevkle gelen BEBEK'in;

TER TESTİ SONUCU ve REFERANS ARALIĞI:

YÖNLENDİRİLDİĞİ KLİNİĞİN ADI:.....

ADRES ve TELEFONU:

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı
İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

..... Ter Testi Merkezi Adres ve Telefonu: