

پرسشنامه مراجعه کنندگان آزمایش غربالگری بیماری های متابولیک

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	نام پزشک معالج:
تاریخ تولد:	تاریخ دریافت نمونه خون:	
وزن نوزاد هنگام تولد:	نسبت خانوادگی والدین:	
سن نوزاد هنگام تولد:	سن بیمار هنگام دریافت نمونه خون:	
آیا بیمار از داروی خاصی استفاده می کند:		
آیا سابقه در یافت خون دارد؟		
آیا سابقه مرگ زودرس و یا کودک عقب مانده در خانواده وجود دارد؟		
آیا بیمار علائم خاصی دارد؟		
علت مراجعه به پزشک چه بوده است؟		
شهرستان محل تولد:	شماره موبایل:	
آدرس منزل:	شماره تلفن ثابت به همراه کد شهرستان:	
والدین گرامی: در صورت نیاز، آزمایش با نمونه مجدد تکرار خواهد شد. محل امضا:		

لطفا در این کادر چیزی ننویسید:

شماره ردیف:	شماره پذیرش:	مبدأ نمونه:
تاریخ دریافت نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	تاریخ دریافت نتیجه:
نتیجه آزمایش:		

## دستور العمل ثبت اطلاعات آزمایش غربالگری بیماری های متابولیک:

- مشخصات کامل بیمار شامل نام، نام پدر، نام پزشک، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) و.. نوشته شود.
- اگر والدین با هم نسبتی دارند، نوشته شود.
- وزن نوزاد در هنگام تولد و سن نوزاد در هنگام تولد و نیز در زمان نمونه گیری ثبت شود.
- در صورت سابقه بیماری، مصرف دارو، دریافت خونیا سابقه عقب افتادگی در خانواده حتما ذکر گردد.
- در پایان آدرس و تلفن نوشته شود.

### همکار گرامی:

#### جهت تهیه نمونه آزمایش غربالگری بیماری های متابولیک رعایت موارد زیر الزامی است:

- از تماس دست با حلقه های موجود بر روی کارت نمونه گیری پرهیز کنید.
- به هنگام ریختن قطرات خون در حلقه ها، دقت نمایید تا خون خارج از محدوده تعیین شده ریخته نشود.
- از ریختن مجدد خون به داخل حلقه های کارت نمونه گیری بپرهیزید.
- در داخل کلیه حلقه ها نمونه گیری انجام شود.
- پس از تهیه نمونه، کارت را به مدت دو ساعت، دور از نور مستقیم، در دمای معمولی و به صورت افقی نگهداری کنید؛ تا خشک شود.
- پس از نمونه گیری، از قرار دادن کارت داخل سلفون یا هر محل دیگری که باعث ایجاد رطوبت شود؛ خودداری کنید.
- پس از خشک شدن نمونه، کارت را در داخل همین برگه به آزمایشگاه رصد ارسال نمایید.
- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با آزمایشگاه رصد تماس بگیرید.