

..... **PEDİATRİK ENDOKRİNOLOJİ  
KLİNİĞİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen TSH düzeyinde artış saptanmış olup, Pediatri Endokrinoloji Kliniği'ne sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....

Anne Adı:.....

Doğum Tarihi:.....

1. Kan Alınma Tarihi:.....

2. Kan Alınma Tarihi:.....

Tel:.....

Adres:.....

.....

TSH Tarama Laboratuvarı sonucu:

- Birinci Kan Örneği:.....,
- İkinci Kan Örneği:.....

İlde bakılan laboratuvar sonucu:

- T4:.....
- TSH:.....

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildirim 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

..... **PEDİATRİK ENDOKRİNOLOJİ  
KLİNİĞİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen TSH düzeyinde artış saptanmış olup, Pediatri Endokrinoloji Kliniği'ne sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....

Anne Adı:.....

Doğum Tarihi:.....

1. Kan Alınma Tarihi:.....

2. Kan Alınma Tarihi:.....

Tel:.....

Adres:.....

.....

TSH Tarama Laboratuvarı sonucu:

- Birinci Kan Örneği:.....,
- İkinci Kan Örneği:.....

İlde bakılan laboratuvar sonucu:

- T4:.....
- TSH:.....

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildirim 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:

.....

.....**HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında TSH düzeyinde artış saptanmış hipotrpidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatri Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen .....  
BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

**LABORATUAR SONUCU:**

- T4:.....
- TSH:.....

**KLİNİK TANI:**

...../...../.....  
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.)

..... Beslenme ve Metabolizma Kliniği Adres ve  
Telefonu:.....

...../...../.....  
Dr. Adı ve Soyadı  
İmza

.....**HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında TSH düzeyinde artış saptanmış hipotrpidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatri Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen .....  
BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

**LABORATUAR SONUCU:**

- T4:.....
- TSH:.....

**KLİNİK TANI:**

...../...../.....  
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.)

..... Beslenme ve Metabolizma Kliniği Adres ve  
Telefonu:.....

