

.....**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 geçen Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniği'ne sevki 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 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

.....**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 geçen Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniği'ne sevki 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 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

..... HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniğimize sevkle gelen BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

LABORATUAR SONUCU:

BE değeri:

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:.....

.....

..... HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında Biotinidaz Eksikliği (BE) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Beslenme Metabolizma Kliniğimize sevkle gelen BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

LABORATUAR SONUCU:

BE değeri:

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:.....

.....

