

..... BESLENME VE METABOLİZMA KLİNİĞİNE

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

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı, Soyadı:.....
Anne Adı:.....
Doğum Tarihi:/...../20.....
1. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
2. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
Tel:.....
Adres:.....
.....
.....

BE Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:

Kliniğimize baş vuran 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 nüshasında yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....
.....
.....
.....

..... BESLENME VE METABOLİZMA KLİNİĞİNE

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

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı, Soyadı:.....
Anne Adı:.....
Doğum Tarihi:/...../20.....
1. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
2. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
Tel:.....
Adres:.....
.....
.....

BE Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:

Kliniğimize baş vuran 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 nüshasında yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....
.....
.....
.....

..... BESLENME VE METABOLİZMA KLİNİĞİNE

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

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı, Soyadı:.....
Anne Adı:.....
Doğum Tarihi:/...../20.....
1. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
2. Kan Alma Tarihi:/...../20.....
Tel:.....
Adres:.....
.....
.....

BE Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:

Kliniğimize baş vuran 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 nüshasında yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....
.....
.....
.....

BURSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

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

LABORATUVAR SONUCU:

BE DEĞERİ:

KLİNİK TANI:

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

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

..... Pediatrik Beslenme ve
Meatabolizma Kliniği
Adres ve Telefonu:.....
.....
.....

BURSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

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

LABORATUVAR SONUCU:

BE DEĞERİ:

KLİNİK TANI:

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

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

..... Pediatrik Beslenme ve
Meatabolizma Kliniği
Adres ve Telefonu:.....
.....
.....

BURSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

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

LABORATUVAR SONUCU:

BE DEĞERİ:

KLİNİK TANI:

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

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

..... Pediatrik Beslenme ve
Meatabolizma Kliniği
Adres ve Telefonu:.....
.....
.....