

**U.Ü.T.F ÇOCUK
GASTROENTEROLOJİ TER TESTİ
MERKEZİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezinize sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

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

KF Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:
Merkezinize başvuran 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 nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.
İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

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

**U.Ü.T.F ÇOCUK
GASTROENTEROLOJİ TER TESTİ
MERKEZİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezinize sevki uygun görülmüştür. .

Bebek Kimlik Bilgileri:

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

KF Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:
Merkezinize başvuran 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 nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.
İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

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

**U.Ü.T.F ÇOCUK
GASTROENTEROLOJİ TER TESTİ
MERKEZİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezinize sevki uygun görülmüştür. .

Bebek Kimlik Bilgileri:

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

KF Tarama Laboratuvar Sonucu:

1. Kan Örneği:
2. Kan Örneği:
Merkezinize başvuran 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 nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.
İlginize teşekkür ederiz.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

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

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

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

TER TESTİ SONUCU

____/____/20____
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.)

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

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

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

TER TESTİ SONUCU

____/____/20____
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.)

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

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

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

TER TESTİ SONUCU

____/____/20____
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.)

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