

UÜTF PEDIATRİK ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçeninin TSH düzeyinde artış saptanmış olup, Pediatri Endokrinoloji 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____
2. Kan Alma Tarihi: ____/____/20____
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 bildiriminin 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 Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:.....

.....

____/____/20____
Dr. Adı ve Soyadı
İmza

UÜTF PEDIATRİK ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçeninin TSH düzeyinde artış saptanmış olup, Pediatri Endokrinoloji 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____
2. Kan Alma Tarihi: ____/____/20____
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 bildiriminin 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 Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:.....

.....

____/____/20____
Dr. Adı ve Soyadı
İmza

UÜTF PEDIATRİK ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunanBEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçeninin TSH düzeyinde artış saptanmış olup, Pediatri Endokrinoloji 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____
2. Kan Alma Tarihi: ____/____/20____
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 bildiriminin 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 Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:.....

.....

____/____/20____
Dr. Adı ve Soyadı
İmza

BURSA SAĞLIK 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:

_____/_____/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 TSH düzeyinde artış saptanmış hipotrpidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatri Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen
BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

LABORATUAR SONUCU:

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

KLİNİK TANI:

_____/_____/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 TSH düzeyinde artış saptanmış hipotrpidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatri Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen
BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

LABORATUAR SONUCU:

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

KLİNİK TANI:

_____/_____/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:.....
.....
.....