

..... **PEDİATRİK 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, Pediatrik 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 İl Sağlık 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 İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

..... İl Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

..... **PEDİATRİK 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, Pediatrik 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 İl Sağlık 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 İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

..... İl Sağlık Müdürlüğü Adres ve Telefonu:

.....

...../...../.....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında TSH düzeyinde artış saptanmış hipotiroidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik 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 İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

..... Pediatrik Endokrinoloji Kliniği

Adres ve Telefonu:.....

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı kapsamında TSH düzeyinde artış saptanmış hipotiroidi yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik 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 İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

..... Pediatrik Endokrinoloji Kliniği

Adres ve Telefonu:.....