

..... KLİNİĞİNE

Ulusal Gelişimsel Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı için değerlendirilen aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e tarama sonucunda şüpheli bulunarak Gelişimsel Kalça Displazisinde risk saptanmış olup, Radyoloji Kliniği'ne sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

TC Kimlik No:

Adı-Soyadı

Anne Adı:

Doğum Tarihi:

Muayene Tarihi:

Tel:

Adres:

**Risk faktörleri**

- GKD'li kardeş,
- GKD'li anne, baba, dede, nine, teyze, hala, amca, dayı, kuzen,
- İlk doğan kız bebek,
- Çoğul gebelik,
- Amniyon Sıvısı Anormallikleri (sıvı azlığı ya da fazlalığı)
- Makat duruş,
- Bebekğin ayağında şekil bozukluğu (içe, dışa, yukarı dönüklük),
- Plajiosefali
- Skolyoz
- Pelvik oblisite
- Kalça abduksiyon kısıtlılığı
- Doğumsal tortikollis (boyunda eğrilik)
- Kundaklama

**RİSK FAKTÖRLERİ;**

**VAR**

**YOK**

**MUAYENE BULGUSU;**

**VAR**

**YOK**

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebekğin tanı ve tedavi bilgilerinin Aile Hekimine geri bildirimini yapılması Ulusal Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve aile aracılığıyla Aile Hekimliğine gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

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

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

Dr. Adı ve Soyadı:.....

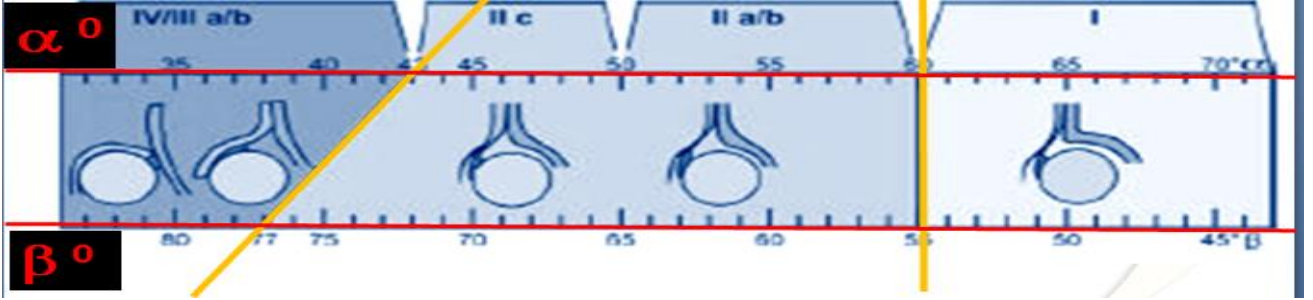
İmza

## .....ORTOPEDİ HEKİMİNE

Ulusal Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı kapsamında Gelişimsel Kalça Displazisi yönünden değerlendirilmesi için Radyoloji Kliniğimize sevkle gelen .....  
BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

### HER İKİ KALÇA EKLEMİNİN KARŞILAŞTIRMALI US TETKİKİNDE;

Randevu Tarihi					
		Tarih 0	Tarih1	Tarih2	Tarih3
Kemik çatı	Yeterli	Sağ/Sol kalça	Sağ/Sol kalça	Sağ/Sol kalça	Sağ/Sol kalça
	Yetersiz				
Kemik köşe	Keskin				
	Künt				
	Düz				
Kıkırdak çatı	Örtüyor				
	Örtmüyor				
Alfa					
Beta					
US kalça tipi					
Özel not: ek bilgiler, GKD ile ilgili veya değil ek bulgular					
ÖNERİ	Tedavi gerekir				
	Takip Gerektirir				
	Normal				



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

Dr. Adı ve Soyadı

.....

İmza

Bu sevk formunun yukarıdaki kısmı doldurularak ve US görüntüleri ile birlikte ortopedi hekimine gönderilmelidir.

Radyoloji Kliniği ve Telefonu : .....

.....

.....**AİLE HEKİMİNE**

Ulusal Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı kapsamında Gelişimsel Kalça Displazisi yönünden değerlendirilmesi için Radyoloji Kliniğimize sevkle gelen ..... BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

**KLİNİK ÖN TANI:**.....

TEDAVİ GEREKTİRİR	
TAKİP GEREKTİRİR	
NORMAL	

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

Dr. Adı ve Soyadı

.....  
İmza

Bu sevk formunun yukarıdaki kısmı doldurularak ve US görüntüleri de aileye verilmeli ve aile aracılığıyla Aile Hekimine gönderilmelidir.

Ortopedi Kliniği ve Telefonu : .....

.....