

.....**PEDİATRİK ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE**

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ (KAH) için şüpheli bulunmuş olup, Pediatrik Endokrinoloji Kliniği'ne sevki uygun görülmüştür.

**Bebek Kimlik Bilgileri:**

**Adı-Soyadı:**.....

**Anne Adı:**.....

**Anne TC Numarası:**.....

**Doğum Tarihi-Saati:**.....

**Gebelik Haftası:**

**Doğum Ağırlığı /Boyu:**

**1. Kan Alınma Tarihi-Saati:**.....

**2. Kan Alınma Tarihi-Saati:**.....

**Tel:**.....

**Adres:**.....

.....

**KAH Tarama Laboratuvarı sonucu:**

- FIA17-OHP (KAH Testi):

- **LC-MS:**

Kortizol:

Androstenedion:

11-Deoksikortizol:

21-Deoksikortizol:

17-OHP:

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin İl Sağlık Müdürlüğüne geri bildirimimin yapılması Konjenital Adrenal Hiperplazi Taramasının 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 bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ (KAH) için şüpheli bulunmuş olup, Pediatrik Endokrinoloji Kliniği'ne sevki uygun görülmüştür.

**Bebek Kimlik Bilgileri:**

**Adı-Soyadı:**.....

**Anne Adı:**.....

**Anne TC Numarası:**.....

**Doğum Tarihi-Saati:**.....

**Gebelik Haftası:**

**Doğum Ağırlığı /Boyu:**

**1. Kan Alınma Tarihi-Saati:**.....

**2. Kan Alınma Tarihi-Saati:**.....

**Tel:**.....

**Adres:**.....

.....

**KAH Tarama Laboratuvarı sonucu:**

- FIA17-OHP (KAH Testi):

- **LC-MS:**

Kortizol:

Androstenedion:

11-Deoksikortizol:

21-Deoksikortizol:

17-OHP:

Kliniğimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin İl Sağlık Müdürlüğüne geri bildirimimin yapılması Konjenital Adrenal Hiperplazi Taramasının 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 KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ (KAH) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen ..... BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

**LABORATUVAR SONUCU (serum)(tarih:.....):**

- 17 OH Progesteron:
- Kortizol:
- Androstenedion:
- ACTH:
- Diğer:

**KLİNİK BULGU:**

**Ağırlık:**                      **Boy:**                      **Baş Çevresi:**

**Genital muayene bulguları:**

**Hiperpigmentasyon:**

**Diğer:**

**KLİNİK TANI:**

**TEDAVİ:**

**Hidrokortizon (mg/m<sup>2</sup>/gün):**

**9-alfafludrokortizon (mg/gün):**

**Diğer:**

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

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki laboratuvar ve 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 KONJENİTAL ADRENAL HİPERPLAZİ (KAH) yönünden değerlendirilmesi için Pediatrik Endokrinoloji Kliniğimize sevkle gelen ..... BEBEK'in yapılan klinik değerlendirmesinde;

**LABORATUVAR SONUCU (serum)(tarih:.....):**

- 17 OH Progesteron:
- Kortizol:
- Androstenedion:
- ACTH:
- Diğer:

**KLİNİK BULGU**

**Ağırlık:**                      **Boy:**                      **Baş Çevresi:**

**Genital muayene bulguları:**

**Hiperpigmentasyon:**

**Diğer:**

**KLİNİK TANI:**

**TEDAVİ:**

**Hidrokortizon (mg/m<sup>2</sup>/gün):**

**9-alfafludrokortizon (mg/gün):**

**Diğer:**

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

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

(Bu sevk formunun yukarıdaki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.)

.....Pediatrik Endokrinoloji Kliniği

Adres ve Telefonu:.....