**İZMİR NEONATAL TARAMA PROGRAMI ÇALIŞMA FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Gönderen Sağlık Kurumu:******(Hastane-Sağlık Ocağı-AÇSAP Merkezi-Diğer)*** |  | ***Ait Olduğu Dönem******Gün/ Ay/ Yıl*** | ***……../………./……….*** |
| ***Gönderen İlçe:*** |  | ***Kurum Tel No:*** |  |
| ***Kurum NTP Sorumlusu Adı Soyadı:******(Doktor ve/veya Ebe-Hemşire)*** |  | ***Kurum NTP Sorumlusu Te No:*** |  |
| ***Sıra No*** | ***Guthrie Kağıdı Seri No*** | ***Bebek Adı******Soyadı*** | ***Anne Adı Soyadı*** | ***Baba Adı Soyadı*** | ***Anne TC******Kimlik No*** | ***Bebeğin Doğum Tarihi ve******Saati*** | ***Bebeğin Doğum Şekil ve Ağırlığı*** | ***Kan Alma Tarihi ve******Saati*** | ***Ailenin Adresi Ev Tel No Cep Tel No:*** | ***Bebeğin özel durumu*** | ***Kan Örneğini alan Sağlık Personeli Adı Soyadı*** | ***Diğer*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***1. Her örnek alındığında eksiksiz ve doğru olarak doldurunuz.*** |
| ***2.Formu 2 Nüsha olarak doldurunuz, bir nüshayı kurumda dosyalayınız, bir nüshasını örnekle birlikte AÇSAP Şube Müdürlüğüne getiriniz.*** |
| ***3. Yeni bir form gerektiğinde çoğaltarak kullanınız.*** |
| ***4.Bebeğin özel durumu: bebek prematüre doğdu ise ya da herhangi bir ilaç antibiyotik kullanıyorsa, ya da kan değiştirilmişse ya da diğer özel durumu varsa belirtiniz.*** |

**LÜTFEN DİKKAT**