**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**