

Skierowanie na badanie krwi metodą Tandemowej Spektrometrii Mas

Zakład Badań Przesiewowych, Instytut Matki i Dziecka

01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17a, Tel./Fax: (22) 32-77-161 email: przesiew@imid.med.pl

Tryb badania: Cito / Zwykły

Nazwisko (czytelnie drukiem)																
Imię dziecka (czytelnie drukiem)						Imię matki (czytelnie drukiem)										
Pesel dziecka																
Pesel matki																
Data urodzenia dziecka (d/m/r)						Data pobrania próbki (d/m/r)										

Ciąża

Która z kolei		Przebieg prawidłowy	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie
Rodzaj powikłań			

Poród

HBD		SN	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	CC	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	Vacuum	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie
Apgar		Żółtaczka od doby		Max. Stężenie bilirubiny			
Wady wrodzone/ dysmorfia							
Masa urodz.		Transfuzja	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	Data transfuzji			

Żywienie

Rodzaj	<input type="checkbox"/> Naturalne / <input type="checkbox"/> Sztuczne	Preparat				
Pozajelitowe	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	Okres Od-Do				
Aminokwasy	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	Tłuszcze	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie			

Leczenie

Antybiotykoterapia	<input type="checkbox"/> Tak / <input type="checkbox"/> Nie	<input type="radio"/> dziecko / <input type="radio"/> matka
Nazwa antybiotyku		
Okres stosowania	Od	Do
Inne leki (nazwy)		

Wywiad rodzinny

Liczba poprzednich ciąż		Liczba poronień		Pokrewieństwo	<input type="checkbox"/> Tak / Nie <input type="checkbox"/>
Powikłania poprzednich ciąż					
Zgony dzieci (wiek, przyczyna, objawy)				Liczba żyjących dzieci	
Choroby w rodzinie					

Objawy kliniczne

hipotonia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	uwagi	biegunka	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	uwagi
śpiączka	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>		hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	
drżenia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>		kardiomegalia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	
drgawki	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>		kardiomiopatia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	
wymioty	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>		zaburz.rytmu	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	
brak łaknienia	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>		obrzęki	<input type="checkbox"/> Tak/Nie <input type="checkbox"/>	
Inne objawy:					

Wyniki badań laboratoryjnych

glukoza	wynik	jednostka	kw.mlekowy	wynik	jednostka
gazometria:pH			Ca		
pCO ₂			P		
pO ₂			ASPAT		
HCO ₃			ALAT		
BE			CPK		
luka anionowa			ket. w moczu		
amoniak					
GC/MS					

Data skierowania

Ośrodek kierujący

Lekarz kierujący

Telefon kontaktowy:

Akceptacja:

Gł. Księgowa(y)

Dyrektor