

شماره سند: Document Number:	پرسشنامه بیماران دارای علامت (مشمول بر نوزادان با تست مثبت غربالگری) جهت بررسی (شناسایی و تایید تشخیص) بیماری های متابولیک ارثی (Patients' Questionnaire for Inherited Metabolic Diseases Investigation)
تاریخ:	

نام و نام خانوادگی بیمار: (Patient's Name)	جنسیت: نژاد:	نام پدر/مادر:	نسبت خانوادگی پدر و مادر:
شماره ملی:	(Gender)(Ethnic)	(Father's Name)	(Parental Affiliation)
(National Code)	گروه خونی:	میزان تحصیلات و شغل پدر:	قومیت پدر:
بیمار فرزند چندم خانواده است؟	(Blood Group)	میزان تحصیلات و شغل مادر:	قومیت مادر:
کد پذیرش:	تاریخ تولد بیمار / سن بیمار	سن شروع علائم بیماری:	تاریخ و نوبت مراجعه به آزمایشگاه:
(Patient's ID No.)	(Patient's Birth Date)	(Commencing Date of Symptoms)	(Time of Referral)
سن مادر در هنگام حاملگی:	سن حاملگی نوزاد: طبیعی(رسیده) <input type="checkbox"/> نارس <input type="checkbox"/> در صورت نارس بودن نوزاد، سن برحسب هفته در زمان تولد:		
(Gestational Age (weeks):			
سابقه بیماری در خانواده:	روش زایمان:	سابقه فوت زود هنگام در خانواده:	سابقه بستری:
	عوارض حین زایمان:		
نام پذیرش کننده و تکمیل کننده فرم:	نام پزشک:	آدرس بیمار و شماره تلفن تماس همراه و ثابت(جهت مواقع ضروری):	
(Receptionist's Name)	(Physician's Name)	(Address & Phone No.)	
تاریخ و ساعت نمونه گیری:	نام نمونه گیر:	نام مرکز ارسال کننده نمونه با ذکر تاریخ و ساعت ارسال:	
(Date and Time of Sample Collection)	(Phlebotomist's Name)	(Origin Lab)	

نشانه ها و علائم بالینی (Clinical Signs and Symptoms)

مشکل تنفسی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	اسهال: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Respiratory Distress / Insufficiency)	diarrhea
زردی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	استفراغ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(jaundice)	(Vomiting)
مشکلات ماهیچه ای(هیپوتونی/هیپر تونی/ضعف عضلاتی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	ماکروسفالی و میکروسفالی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Muscular Problem)	(Microcephaly or Macrocephaly)
مشکلات اسکلتی و ساختاری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	رنگ غیر طبیعی ادرار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Skeletal Problem)	(Abnormal Urine Color)
حرکات غیر طبیعی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	وزن گیری: مناسب <input type="checkbox"/> نامناسب <input type="checkbox"/>
(Abnormal actions and activities)	(Weight Gain)
تاخیر رشد و نمو: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	بوی غیر طبیعی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Developmental Delay/Failure to thrive)	(Abnormal Odor)
مشکلات بینایی و شنوایی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	فلج: می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/>
(Hearing or Visual Abnormalities)	(Paralysis/ Clubbing/polydactyly)
مشکل تکلم: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	عقب ماندگی ذهنی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Speech Problems)	(Mental Retardation-Intellectual Disability)
بزرگی اعضای داخلی بدن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تشنج / لرزش: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Organomegaly)	(Seizure/ Tremor)
سابقه مرگ ناگهانی در خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	کما: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Sudden Death in Family)	(Coma)

آزمایشات انجام شده (مثل غربالگری گالاکتوزمی، ادرار و ...) و نتیجه آنها (کپی آخرین نتایج آزمایش پیوست شود):

(Assays Performed Such as Lactate, Ammonia, ...) (Last Results Should be Attached)

داروهای مورد استفاده: آنتی بیوتیک ها (مانند سفتریاکسون، وانکومايسين)، داروهای ضد تشنج (مانند فنوباریتال، فنیتوئین، ریسپریدون) ویتامین ها و یا سایر داروها مانند هیدروکورتیزون.

(Drugs used by Patient)

تزریق خون: دارد ندارد اگر پاسخ مثبت است تاریخ آخرین تزریق خون یادداشت شود:

(Blood Transfusion)

توضیحات تکمیلی: (نتایج سونوگرافی، رادیولوژی یا سی تی اسکن، نوار قلب، نوار عصب و... در صورت وجود پیوست گردد.)

(Complementary explanation)

قسمت زیر در محل انجام آزمایش تکمیل می گردد:

تاریخ و ساعت تحویل نمونه به مرکز دریافت کننده نمونه:	نام مرکز دریافت کننده نمونه:
(Date and time of Specimen Delivery)	(Destination Lab)
نام و امضاء تحویل گیرنده نمونه در مرکز انجام آزمایش:	کیفیت نمونه جهت انجام آزمایش: مطلوب <input type="checkbox"/> غیرمطلوب <input type="checkbox"/> نام و امضاء مسئول کنترل نمونه در آزمایشگاه: