



پرسشنامه بیماران دارای علامت
(مشمتمل بر نوزادان با تست مثبت غربالگری)

جهت بررسی (شناسایی و تایید تشخیص) بیماری های متابولیک ارثی
(Patients' Questionnaire for Inherited Metabolic Diseases Investigation)

Document Number: _____
تاریخ: _____

نام و نام خانوادگی بیمار:	جنسیت:	نژاد:	نام پدر:	نسبت خانوادگی پدر و مادر:
(Patient's Name)	(Gender)	(Ethnic)	(Father's Name)	(Parental Affiliation)
شماره ملی:	گروه خونی:		میزان تحصیلات و شغل پدر:	قومیت پدر:
(National Code)	(Blood Group)		میزان تحصیلات و شغل مادر:	قومیت مادر:
بیمار فرزند چندم خانواده است؟	تاریخ تولد بیمار / سن بیمار	سن شروع علائم بیماری:	تاریخ و نوبت مراجعه به آزمایشگاه:	
کد پذیرش:	(Patient's Birth Date)	(Commencing Date of Symptoms)	(Time of Referral)	
(Patient's ID No.)				
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: _____		
(Date and Time of Sample Collection)		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)		

(Clinical Signs and Symptoms) نشانه ها و علائم بالینی

مشکل تنفسی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تاخیر حرکتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Respiratory Distress / Insufficiency)	Motor Delayed)
امتناع از غذا خوردن: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	استفراغ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
(Anorexia)	(Vomiting)
مشکلات ماهیچه ای (هیپوتونی/هیپر تونی/ضعف عضلانی): 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 غیرطبیعی 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)
تأخیر رشد و نمو: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	بوی غیرطبیعی: 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/polyductyly)
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 لاکتات، آمونیاک و ...) و نتیجه آنها (کهی آخرین نتایج آزمایش پیوست شود):

(Assays Performed Such as Lactate, Ammonia, ...) (Last Results Should be Attached)	
داروهای مورد استفاده: آنتی بیوتیک ها (مانند سفتریاکسون، وانکومایسین)، داروهای ضد تشنج (مانند فتوباریتال، فنتوتین، ریسپریدون) ویتامین ها و یا سایر داروها مانند هیدروکورتیزون.	
(Drugs used by Patient)	
تزریق خون: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> 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: