

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	نام پزشک معالج:
تاریخ تولد:		
وزن نوزاد هنگام تولد:	تاریخ دریافت نمونه خون:	
سن نوزاد هنگام تولد:	نسبت خانوادگی والدین:	
سن بیمار هنگام دریافت نمونه خون:		
آیا بیمار از داروی خاصی استفاده می کند؟		
آیا بیمار سابقه دریافت خون دارد؟		
آیا سابقه مرگ زودرس و یا کودک عقب مانده در خانواده وجود دارد؟		
آیا بیمار علائم خاصی دارد؟		
علت مراجعه به پزشک چه بوده است؟		
شهرستان محل تولد:	شماره موبایل:	
آدرس منزل:	شماره تلفن ثابت به همراه کد شهرستان:	
والدین گرامی: در صورت نیاز، آزمایش با نمونه مجدد تکرار خواهد شد.		
محل امضاء:		

لطفا در این کادر چیزی نوشته نشود.

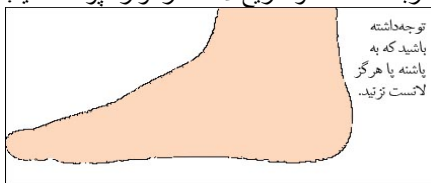
شماره ردیف:	شماره پذیرش:	مبدا نمونه:
تاریخ دریافت نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	تاریخ دریافت نتیجه:
نتیجه آزمایش:		

دستورالعمل ثبت اطلاعات آزمایش غربالگری بیماری های متابولیک

- * مشخصات کامل بیمار شامل نام، نام پدر، نام پزشک، تاریخ تولد (روز-ماه-سال) و نوشته شود.
 - * اگر والدین نوزاد نسبتی با هم دارند نوشته شود.
 - * وزن نوزاد در زمان تولد و سن نوزاد در زمان تولد و نیز در زمان نمونه گیری قید شود.
 - * در صورت سابقه بیماری، مصرف دارو، دریافت خون نوزاد یا سابقه عقب افتادگی در خانواده حتماً ذکر شود.
 - * در پایان آدرس و تلفن نوشته شود.
- همکار گرامی: جهت تهیه نمونه آزمایش غربالگری بیماریهای متابولیک، رعایت موارد زیر الزامی است.
- از تماس دست با حلقه های موجود بر روی کارت نمونه گیری پرهیز کنید.
 - به هنگام ریختن قطرات خون در حلقه ها، دقت نمایید تا خون، خارج از محدوده تعیین شده ریخته نشود.
 - از ریختن مجدد خون به داخل حلقه های کارت نمونه گیری پرهیزید.
 - در داخل کلیه حلقه ها نمونه گیری انجام شود.
 - پس از تهیه نمونه، کارت را به مدت دو ساعت، دور از نور مستقیم، در دمای معمولی و به صورت افقی نگهداری کنید تا خشک شود.
 - پس از نمونه گیری، از قرار دادن کارت در داخل سلفون یا هر محل دیگری که باعث ایجاد رطوبت شود خودداری نمایید.
 - پس از خشک شدن نمونه، کارت را در داخل همین برگه به آزمایشگاه نور ارسال نمایید.
 - در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با آزمایشگاه نور تماس بگیرید.

دستورالعمل خونگیری آزمایش غربالگری بیماری‌های متابولیک :

- * قبل از شروع ، شماره پرسشنامه و کارت خونی را تطبیق داده و از یکسان بودن آنها مطمئن شوید.
- * مشخصات نوزاد را دقیقاً تکمیل نمائید و نام و نشانی پزشک معالج که مراقبت‌های بعدی کودک را بعهده خواهد داشت. از مادر نوزاد سؤال نموده و وارد پرسشنامه کنید.
- * پاشنه پا را با ایزوپروپانول ۷۰٪ شسته و استریل نمائید.
- * بعد از خشک شدن الکل ، محل مناسب را انتخاب نموده (شکل روبرو) و با یک ضربه هماهنگ و سریع لانتست را وارد پوست کنید.



- از آلودگی و اثر انگشت روی دایره‌های کاغذ صافی جدا خودداری کنید.
- * قطره اول خون را با تمطیف استریل پاک کرده و قطره درشت بعدی را به مرکز دایره نزدیک کنید تا خودبخود جذب کاغذ شود و پشت و روی را بپوشاند. یک نمونه خوب ، مانند شکل زیر سطح دایره را بطور یکنواخت پر و اشباع می‌کند.
- * کاغذ آغشته به لکه‌های خون را در حرارت اتاق عاری از گرد و غبار نور و گرمای خورشید کاملاً خشک کنید و در پاکت‌های مخصوص همراه برگ اول و دوم پرسشنامه به آزمایشگاه ارسال نمایند.



Panel A	Panel B
Amino acid disorders	Other disorders
1. Phenylketonuria	1. GAMT deficiency (creatine synthesis defect)
2. Tyrosinemia Type I	2. Pompe disease (infantile)
3. Maple Syrup Urine Disease	3. MPS I ;alpha-iduronase
4. Homocystinuria	4. Congenital Adrenal Hyperplasia
5. Nonketotic Hyperglycinemia (New)	5. Biotinidase Deficiency
Disorders of Beta-oxidation of fatty acids	6. Galactosemia
6. MCAD Deficiency	7. Niemann Pick A/B ;Sphingomyelinase
7. LCHAD Deficiency	8. Gaucher; Beta-glucosidase
8. VLCAD Deficiency	9. Krabbe ;Beta-galactocerebrosidase
9. SCAD Deficiency (New)	10. CF
Disorders of organic acid	11. MPS II
10 Propionic Acidemia	
11. Methylmalonic Acidemia	
12. Glutaric Acidemia	
13. Multiple Carboxylase Deficiency	
14. Isovaleric Acidemia	
15. HMG-CoA Lyase Deficiency	
16. 3-Methylcrotonyl-CoA Lyase Deficiency (New)	
17. β -Ketothiolase Deficiency (New)	
Disorders of carnitine metabolism	
18. CPT I Deficiencies	
19. CPT II Deficiencies	
20. Carnitine Transporter Deficiency	
Disorders of urea cycle	
21. Citrullinemia	
22. Arginosuccinate Aciduria	
23. Argininemia (New)	
Other disorders	
24. Hypothyroidism	
25. Glucose -6-phosphate Dehydrogenase Deficiency	