

نام نوزاد: <input type="text"/>		نام خانوادگی نوزاد: <input type="text"/>	
نام پدر: <input type="text"/>		نام خانوادگی پدر: <input type="text"/>	
نام مادر: <input type="text"/>		نام خانوادگی مادر: <input type="text"/>	
جنسیت: <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/> طبیعی		تاریخ تولد: / /	
آدرس محل سکونت: <input type="text"/>			
شماره تماس والدین: <input type="text"/>			
نسبت فامیلی والدین: <input type="text"/>			
نوزاد از چه شیریه تغذیه می کند: <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/>			
تاریخ انجام آزمایش غربالگری: / /		(با ذکر واحد) نتایج آزمایش های قبلی: <input type="text"/>	
Ph.Ala(DBS): <input type="text"/>		PKU: <input type="text"/>	
TSH: <input type="text"/>		G6PD: Sufficient <input type="checkbox"/> Deficient <input type="checkbox"/>	
تاریخ نمونه گیری: <input type="text"/>		تاریخ ارسال نمونه: <input type="text"/>	
علت نمونه گیری مجدد: <input type="checkbox"/> نوزاد نارس <input type="checkbox"/> نوزاد ماکروزوم <input type="checkbox"/> نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/> دو یا چند قلو زائی <input type="checkbox"/> تعویض یا دریافت خون <input type="checkbox"/> بستری در بیمارستان و یا سابقه آن <input type="checkbox"/> سابقه مصرف داروهای خاص <input type="checkbox"/> سابقه دیالیز <input type="checkbox"/> تغذیه خوراکی یا وریدی فاقد پروتئین <input type="checkbox"/> انجام تست قبل از سه روز اول تولد <input type="checkbox"/> تغذیه نوزاد به روش وریدی <input type="checkbox"/> توضیحات: <input type="text"/>			
نام پزشک معالج: <input type="text"/>		تلفن پزشک معالج: <input type="text"/>	
نام مرکز نمونه گیری: <input type="text"/>		نام نمونه گیر: <input type="text"/>	
شماره تماس مرکز نمونه گیری: <input type="text"/>		شماره نمابر مرکز بهداشت شهرستان: <input type="text"/>	
شماره تماس مرکز بهداشت استان: <input type="text"/>		شماره نمابر مرکز بهداشت استان: <input type="text"/>	

جهت تکمیل پرسشنامه ، نکات زیر رعایت شود.

- * نام نوزاد ، نام پدر ، نام مادر ، جنسیت نوزاد ، تاریخ تولد (روز-ماه-سال) نوشته شود.
- * روش زایمان (طبیعی یا سزارین) مشخص گردد.
- * آدرس محل سکونت و تلفن تماس نوشته شود.
- * اگر والدین فامیل هستند، نسبت فامیلی آنها نوشته شود.
- * نوع تغذیه نوزاد (شیر مادر - شیر خشک) مشخص شود.
- * در صورتی که آزمایش های غربالگری برای نوزاد انجام شده ، تاریخ انجام آن و نیز نتایج آن ذکر شود.
- * تاریخ نمونه گیری و نیز تاریخ ارسال نمونه به تفکیک و دقیق نوشته شود.
- * علت توصیه پزشک جهت نمونه گیری مجدد ذکر شود.
- * نام پزشک، تلفن پزشک، نام مرکز نمونه گیری، نام نمونه گیر ذکر شود.
- * همکاران مراکز استان ها، شماره تلفن و نمابر مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان را حتماً وارد نمایند.