

(初檢疑陽性未採複檢)

採集機構：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

### 催促通知

敬啟者，您好！

下列為新生兒先天性代謝異常疾病篩檢疑陽性個案，我們曾通知您採複檢檢體，但至今未有回音。請您儘速聯絡個案返回貴單位接受複檢，並於個案返檢後在下列名單註明日期。若您需要個案所在地之公共衛生護士協助追蹤，請在下列名單上以打勾註明，並請務必填妥個案地址及電話，以方便轉介公共衛生護士。最後請將名單寄回本中心。若有任何問題，請立刻以電話與我們聯絡。謝謝您的合作！！

xxxxxx新生兒篩檢中心  
地 址：xxxxxxxxxx  
電 話：(xx)xxx-xxxx  
傳 真：(xx)xxx-xxxx  
聯絡人：xxx

備註：如無「複檢濾紙」，請直接使用「初檢濾紙」，並以紅筆寫上“複檢”二字，以免重複收費。

✂-----

(初檢疑陽性未採複檢回函)

個案編號	姓 名	出生日期	病 歷 號	項 目	疑陽性	電 話	寄出日期	複 檢 需公衛協	助追蹤(✓)	地 址
------	-----	------	-------	-----	-----	-----	------	----------	--------	-----

採集單位：\_\_\_\_\_

協調員簽名：\_\_\_\_\_

核對日期：\_\_\_\_\_

\* 請將檢體及回函寄至xxxx新生兒篩檢中心，地址：xxxxxxxxxx