

新生兒先天性甲狀腺低能症篩檢陽性個案確認報告單

一、個案基本資料：

個案姓名：_____ 男， 女； 父/母姓名：_____/_____

出生日期：_____ 初檢採集機構：_____ 病歷號：_____

出生史：接生醫院：_____； G____P____A____ 懷孕週數：_____

出生方式： 自然生產， 真空吸引， 剖腹產

出生體重：_____ gm 身高：_____ cm 頭圍：_____ cm

地 址：_____ 電 話：()_____

二、篩檢結果：

項目	編號	採集日期	TSH (mU/L blood)	參考範圍	備註
初 檢					
複 檢					

三、確認經過：

轉介醫院：_____ 轉介醫院病歷號：_____

主治醫師：_____ 聯絡電話：_____

門診日期： 年 月 日 住院日期： 年 月 日至 年 月 日

一般學理檢查：體重：_____ gm 身高：_____ cm 頭圍：_____ cm

黃疸 (Bilirubin _____ mg/dL, at _____ days of age)

餵食差， 活力差

臨 床 診 斷： 持續性黃疸 表情癡呆 哭聲沙啞 頭髮粗糙 皮膚乾燥
臍疝氣 腹 脹 便 祕 呼吸困難 舌 大
發育遲緩 水 腫 其他_____

四、實驗室檢查結果：

日期	T ₄ (µg/dL)	TSH (mU/L)	T ₃ (ng/dL)	Free T ₄ (µg/dL)	AMIA (倍)	ATA (倍)	TBII (%)	備註
參考範圍								
甲狀腺超音波 (thyroid sonogram) :								
甲狀腺攝影 (thyroid scan) :								
心臟檢查 :								
其他檢查 :								

五、綜合診斷 :

六、治療方法 :

七、開始治療日期 : 年 月 日

八、備 註 :

醫師簽名 : _____

日 期 : 年 月 日

* * 填寫完畢後，請寄回xxxxxx 新生兒篩檢中心，地址：xxxxxxxxxx

電話：(xx)xxx-xxxx；FAX：(xx)xxx-xxxx

以下由篩檢中心填寫

作業項目	初 檢	複 檢	轉 介	確認檢查	開始治療
日期					
個案年齡(天)					