

新生兒高胱胺酸尿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	Met (mg/dL)	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： 發育遲緩 其他_____

四、實驗室檢查結果

日期	血液 Met (umol/L)	血液 Hcy (umol/L)	血液 Cys (umol/L)	尿液 Met (umol/L)	尿液 Hcy (umol/L)	尿液 Cys (umol/L)	尿夜CNP Test	尿夜SNP Test	備註
參考範圍									
肝功能檢查： 正常， 異常_____									
Vit.B ₆ 口服負荷反應：dosage_____mg/kg/day non-response, response, partial-response									
眼科檢查：									
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)					