

新生兒半乳糖血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	galactose(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： 嚴重黃疸 嚴重吐奶 嚴重腹瀉 肝脾腫大 昏睡

發育遲緩 其他_____

四、實驗室檢查結果

1、血片或血液半乳糖代謝物分析：

galactose 濃度 _____ (Ref. Range : _____)

galactose-1-phosphate 濃度 _____ (Ref. Range : _____)

galactose + galactose-1-phosphate 濃度 _____ (Ref. range : _____)

2、血片檢體酵素分析：

(1) galactose-1-phosphate uridyl transferase 定性分析：

有螢光(negative) , 無螢光(positive) , 弱螢光(trace) , 其他_____

(2) galactose-1-phosphate uridyl transferase 半定量分析：

Relative intensity = _____ (Ref.Range : _____)

(3) UDP galactose-4-epimerase 定性分析：

有螢光(negative) , 無螢光(positive) , 弱螢光(trace) , 其他_____

3、紅血球 galactose-1-phosphate uridyl transferase 酵素活性定量分析：

個案： mU/gHb (Ref. Range : _____)

父親： mU/gHb (Ref. Range : _____)

母親： mU/gHb (Ref. Range : _____)

4、尿液定性分析：

Benedict's test : negative , positive , trace , 其他_____

5、肝功能檢查：

正常 , 異常_____

6、眼科檢查：

7、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)					