

## برنامه ژنتیک اجتماعی - فرم ثبت موارد غربالگری شده در بخش NICU و مراقبت بیمارستان ها

از بیمارستان/مرکز آموزشی - درمانی: ----- ماه: ----- سال: ----- به مرکز بهداشت: -----

تعداد کل نوزادان بستری (بیش از سه روزه) در این ماه: -----

۹	۸	۷		۶	۵					۴	۳	۲	۱	
نام نام خانوادگی نمونه گیر	علت تکرار	تاریخ نمونه گیری در بیمارستان		علت بستری	نشانی محل سکونت					تاریخ تولد نوزاد	نام و نام خانوادگی مادر	نام و نام خانوادگی نوزاد	ردیف	
		نوبت اول	نوبت دوم		تلفن همراه	تلفن ثابت	پلاک	خیابان	شهرستان					

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ----- تاریخ: ----- مهر و امضاء: -----