

POSITIV NYFØDTSCREENING FOR CYSTISK FIBROSE

Vi ber om at skjemaet sendes inn når initial utredning er ferdig og evt. behandling startet.

Mors navn og fødselsnummer	Rekvisisjonsnummer

Første kontroll av barnet	Dato:
Symptomer ved første kontroll? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Type symptomer:
Oppfølging avsluttet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Dato:
Behandling påbegynt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Dato: Type beh:
Prøver ved analyse for mistenkt cystisk fibrose?	Dato svette iontoforese: _____ Resultat: _____ Dato elastase i avføring: _____ Resultat: _____ Dato mutasjonsanalyse: _____ Resultat: _____
Cystisk fibrose bekreftet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Tvetydig <input type="checkbox"/>
Andre prøver tatt? (Blodprøve, urinstix, annet) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Type analyse og resultat:
Diagnosekode (ICD-10)	

Vedlegg: Kopi av journalnotater
 Kopi av prøvesvar

Generelle kommentarer:

Utfyllende leges navn: _____

Retur: Elisabeth Mathiassen, Nyfødtscreeningen, Oslo Universitetssykehus, Postboks 4950, Nydalen, 0424 Oslo