

# TILBAKEMELDINGSSKJEMA ETTER UTREDNING FOR FORHØYET TSH

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

Mors navn og fødselsnummer	Screeningprøve nr.

Diagnose (evt ICD-10 kode): \_\_\_\_\_

Oppfølgende lege: -----

Siste kontroll av barnet (dato)	
Behandling påbegynt (dato)	
Behandling avsluttet	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dato:      Send kopi av videre oppfølging til oss
Oppfølging avsluttet (dato)	

## Viktig dokumentasjon for Nyfødtscreeningen

Legg ved følgende prøvesvar (kryss av):

Kopi av radiologisk/nukleærmedisinsk svar

Kopi av laboratoriesvar

Kopi av journalnotater

### Generelle kommentarer

Retur pr. post til: Elisabeth Mathiassen, Nyfødtscreeningen, Oslo Universitetssykehus, Postboks 4950, Nydalen, 0424 Oslo