

新生兒危急型先天心臟病篩檢確診轉介單

醫院：_____； 電話：_____

敬啟者：您好！

以下個案的新生兒脈衝血氧飽和度（Pulse Oximetry）篩檢結果為「不通過」，個案家屬欲前往 貴院接受進一步確認診斷。請 貴院協助個案立即進行確診（包含心臟超音波等檢查），將確診結果詳細填入隨函所附的「**新生兒危急型先天心臟病篩檢確診結果報告單（Form CR-02）**」，並請將確診報告單寄（或傳真）回新生兒心篩資料管理中心，若您有任何疑問，請與該中心聯絡人聯繫！

心篩單位（代碼）：_____（ ）
 電話：_____
 傳真：_____
 協 調 員：_____

接生單位	院所（ ） 協調員：			
	地址： 電話：（ ） 傳真：（ ）			
母親姓名		身份證號碼		個案病歷號
個案資料	性別： <input type="checkbox"/> 男， <input type="checkbox"/> 女； 出生日期： 年 月 日 出生體重：_____ 公克； 早產： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否； 地址： 電話：（ ） 行動電話：			
臨床症狀	產前心臟超音波異常： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 未做			
	相關症狀	篩檢前		篩檢後
	發 紺	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否
	呼吸急促	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否
篩檢結果 脈衝血氧飽和度 (Pulse Oximetry)	篩檢日期 及時間	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分
	右 手 (%)			
	腳 (%)			
	兩處差距 (%)			
小兒科檢查結果	<input type="checkbox"/> 無異常； <input type="checkbox"/> 異常：_____			
備 註				

心篩單位協調員：

轉介日期： 年 月 日