

# 新生兒危急型先天性心臟病篩檢確診轉介單

確診單位 ( 編號 ) : \_\_\_\_\_ ( ) ; 聯絡人 : \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_ ; 地址 : \_\_\_\_\_

轉介日期 : \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ; 時間 : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

以下個案新生兒脈衝血氧飽和度 ( Pulse Oximetry ) 篩檢結果不通過, 請上「**新生兒危急型先天性心臟病篩檢系統**」簽收 < <http://www.tipn.org.tw/cchd/> > , 並進行確診檢查!

個案確診後, 請將「**新生兒危急型先天性心臟病篩檢確診結果報告單 ( Form CR-02 )**」詳細填妥後, 盡速傳回「接生單位」及「新生兒心篩資料管理中心」。

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
	其他			
篩檢結果	篩檢日期及時間	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	年 月 日 時 分
	脈衝血氧飽和度 ( Pulse Oximetry )			
	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