

危急型先天心臟病篩檢確診結果報告單

一、個案基本資料

個案姓名：_____； 性別：男，女； 個案身份證號碼：_____

出生日期：____年____月____日； 接生院所：_____； 病歷號：_____

母親姓名：_____； 母親身份證號碼：_____

地 址：_____； 電話：(____)_____ 個案戶籍：_____

二、篩檢結果

篩檢單位（編號）：_____（_____）

脈衝血氧飽和度檢查（Pulse Oximetry）

篩檢時間	結 果		
	右 手 血氧飽和度 (%)	腳 血氧飽和度 (%)	兩處差距 (%)
年 月 日 時 分			
年 月 日 時 分			
年 月 日 時 分			

三、確認診斷評估及相關檢查結果：

確診單位（編號）：_____（_____）； 確診單位病歷號：_____

主治醫師：_____； 協調員：_____； 聯絡電話：(____)_____

確診開始日期：____年____月____日

1、一般理學檢查：

體重：_____ gm； 身高：_____ cm； 頭圍：_____ cm

無異常； 顱顏發育異常； 發紺，部位：_____；

呼吸急促或困難； 其他 _____

2、個案是否檢驗德國麻疹 IgM 抗體： 是， IgM：_____

否

3、個案「母親」本胎產檢胎兒心臟超音波檢查結果： 無異常，
 異常， _____
 未做此項檢查

4、心臟聽診結果：

心跳數： _____ 次 / 分

心律： 無異常； 異常： _____

心音： 無異常； 異常： _____

心雜音： 無異常； 異常： _____

5、心臟超音波檢查結果

無異常；

異常： _____

6、胸部 X 光檢查結果

無異常；

異常： _____

7、心電圖檢查結果

無異常；

異常： _____

8、其他相關檢查

心導管檢查：

無異常；

異常： _____

電腦斷層檢查：

無異常；

異常： _____

其他檢查： _____

無異常；

異常： _____

四、綜合診斷： 無異常；

Hypoplastic left heart syndrome； Pulmonary atresia (with intact septum)；

Tetralogy of Fallot； Total anomalous pulmonary venous return；

Transposition of the great arteries； Tricuspid atresia； Truncus arteriosus；

Coarctation of the aorta； Double-outlet right ventricle；

Ebstein anomaly； Interruption of aortic arch； Single ventricle；

Severe pulmonary stenosis； Atrioventricular septal defect；

其他心臟疾病，_____

其他疾病：

新生兒肺高壓症； 先天性肺炎； 肺部發育不良；

呼吸窘迫症候群； 其他肺部疾病，_____

敗血症； 先天性德國麻疹症候群； 唐氏症； 血紅素病變；

其他，_____

說明:

五、治療方法及建議： 立即手術治療，手術醫院：_____

擇期手術治療； 預約日期：____年____月____日

手術醫院：_____

其他 _____

說明:

確診單位協調員：_____

醫師簽名：_____

日 期： 年 月 日

* 填寫完畢後，請依轉介單內接生單位地址寄回「接生單位」及「新生兒心篩資料管理中心」。
新生兒心篩資料管理中心 地址：臺北市大同區重慶北路三段 146 號 臺北病理中心
電話：(02) 8596-2065； 傳真：(02) 8596-2067

Form CR-02

個案姓名:_____

第 3 / 3 頁

Ver..1.2; 2015/03/25 **PMF**