

POSITIV NYFØDTSCREENING

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

Mors navn og fødselsnummer (BLOKKBOKSTAVER)	Barnets navn og fødselsnummer (BLOKKBOKSTAVER)
Dato for første kontroll av barnet:	
Symptomer ved første kontroll? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Evt. type symptomer:
Oppfølging avsluttet? Ja <input type="checkbox"/> : Dato: _____ Nei <input type="checkbox"/> (send kopi av videre oppfølging til oss)	
Behandling startet? Ja <input type="checkbox"/> : Dato: _____ Nei <input type="checkbox"/>	Type behandling:
Følgende skal vedlegges: Kopi av journalnotater <input type="checkbox"/> Kopi av prøvesvar <input type="checkbox"/>	

Enzym- og mutasjonsanalyser i utlandet	Ja <input type="checkbox"/> (svar ettersendes) Nei <input type="checkbox"/>
Genetisk undersøkelse i utlandet	Ja <input type="checkbox"/> (svar ettersendes) Nei <input type="checkbox"/>
Utfyllende leges navn, tlf. og e-post (blokkbokstaver): Navn: _____ E-post: _____ Tlf: _____	

Vi ber om at ytterligere journalnotater og prøvesvar fra senere oppfølging av barnet sendes som kopi til Nyfødtscreeningen.

Retur: Elisabeth Mathiassen, Nyfødtscreeningen, Oslo universitetssykehus, Postboks 4950, Nydalen, 0424 Oslo i vedlagte konvolutt