

Programa de Cribratge Neonatal de Malalties Endocrinometabòliques

CIM: _____

Dades de l'infant

Llinatges: _____ Nom: _____

Data de naixement: ____/____/____ Hora: ____/____ Gènere: Masculí ☐ Femení ☐

Carrer: _____ Núm. _____ Pis _____ CP _____

Població: _____ Centre de Salut: _____

Dades de la Mare/Tutora/Altres progenitors:

Llinatges: _____ Nom: _____

Data de naixement: ____/____/____ Nacionalitat: _____

És vegetariana? No ☐ Sí ☐ Pren alguna medicació? _____

Telèfon: _____ Adreça electrònica: _____

Dades del Pare/Tutor/Altres progenitors:

Llinatges: _____ Nom: _____

Data de naixement: ____/____/____ Nacionalitat: _____

Telèfon: _____ Adreça electrònica: _____

Programa de Cribratge Neonatal de Malalties Endocrinometabòliques

Dades del naixement i de l'extracció

Hospital de naixement: _____

Setmanes de gestació: _____ Pes: _____ Embaràs múltiple: No ☐ Sí ☐ Monocorial ☐

Centre d'extracció de la mostra: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____

Codi d'identificació o nom i llinatges de l'infermer responsable de l'extracció: _____

Tipus d'alimentació Materna ☐ Artificial ☐ Parenteral ☐ Enteral ☐

Com a mínim 2 ingestes satisfactòries No ☐ Sí ☐ Tractament antibiòtic No ☐ Sí ☐

Transfusió: No ☐ Sí ☐ Plasma ☐ Sang ☐ Plaquetes ☐ Data: ____/____/____ Hora: ____/____

Diagnòstic d'ili meconial No ☐ Sí ☐

AUTORITZ que s'efectuïn les proves del Programa i els estudis moleculars necessaris per completar el diagnòstic. El Programa de Cribratge Neonatal de Malalties Endocrinometabòliques inclou l'estudi dels portadors. La mostra excedent resta emmagatzemada i es podrà utilitzar per a investigacions biomèdiques d'acord amb el que estableix la normativa vigent, excepte si expressau la vostra negativa per escrit al Programa de Detecció Precoç de Malalties Endocrinometabòliques (c/ de Jesús, 38 A, 07010 Palma).

Firma