

95 cm

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------|--------------------------------------|----------|----------|-------------|--|
| | AHLSTROM 226 lot. 111064 LOT B154.21 2024/06 | Non toccare l'area del campione Non usare se danneggiato | SCRIVERE IN STAMPATELLO CON INCHIOSTRO NERO INDELEBILE DATI ANAGRAFICI DEL NEONATO | | | | | | | | |
| | | | OSPEDALE_____ | REPARTO_____ | | | | | | | |
| | | | COGNOME_____ | | | | | | | | |
| | | | NOME_____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | |
| | | | NASCITA___/___/___ | PRELIEVO___/___/___ ORE DI VITA AL PRELIEVO___ | | | | | | | |
| | | | PESO(g)_____ | SETT.GESTAZIONE_____ | APGAR_____ | ETNIA | Caucas | Africana | Asiatica | Altro | |
| | | | PARTO NATURALE <input type="checkbox"/> | | TAGLIO CESAREO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | | ALIMENTAZIONE: Materna <input type="checkbox"/> | | Artificiale <input type="checkbox"/> | | Parenterale <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | TRASFUSIONI (DATA___/___/___) | | ITTERO <input type="checkbox"/> | | FARMACI <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO DI SCREENING | | | | | | | MECONIO: | |
| | | | | | | | | | | ILEO | |
| | | | | | | | | | | NELLA NORMA | |
| <div>Regione Marche - Centro Screening Neonatale - AOR Marche Nord-Ospedale di Fano UOC Neuropsichiatria Infantile - Via V.Veneto,2- 61032 FANO (PU) Tel.0721 882401/19 - Fax 0721 882401/14 - E-mail: screeningneonatale@ospedalimarchenord.it</div> | | | | | | | | | | | |

95 cm

| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------|--|
| RESPONSABILITA' GENITORIALE | | ISTRUZIONI PER IL PRELIEVO | | | |
| COGNOME_____ | | 1.Raccogliere il campione di sangue prima della dimissione tra 48 e 72 ore dalla nascita. | | | |
| NOME_____ | | 2.Riscaldare il calcagno, pulire e disinfettare con alcool. | | | |
| VIA_____ | | 3.Lasciare asciugare completamente la parte. | | | |
| CITTA'_____ | | 4.Pungere con decisione nell'area in figura, scartare la prima goccia di sangue, non spremere il calcagno. | | | |
| TEL/CELL_____ | | 5.Raccogliere il sangue al centro del cerchio solo da un lato della carta accertandosi che il sangue abbia completamente permeato il cartoncino. I cerchi stampati devono essere uniformemente riempiti di sangue. | | | |
| <div>DISSENSO AI TEST GENETICO-MOLECOLARI FIRMA_____</div> | | 6.Puo' essere effettuato il prelievo anche da sgocciolatura di ago butterfly (se non contiene anticoagulanti) e in nessun caso da provetta. | | | |
| LTA s.r.l via Milano,15F Bussero -MI - Italy | | 7.Asciugare a temp. ambiente per 3 ore: in posizione orizzontale, lontano da fonti di calore, sole e umidità. | | | |
| REF SN00180/FA Rev. 3 | | 8.Inserire nella busta, inviare al più presto per corriere. | | | |
| LOT B154.21 2024/06 | | ISTRUZIONI GENERALI | | | |
| carta AHLSTROM 226 lot. 111064 | | 1.Compilare il cartoncino in ogni sua parte ciò è essenziale sia per il successivo trattamento analitico, sia per rintracciare i soggetti da richiamare. | | | |
| | | 2.Segnalare sempre il basso peso, eventuali patologie e la somministrazione di antibiotici o farmaci. | | | |
| | | 3.Applicare i protocolli per i secondi cartoncini in uso presso il Centro anche se inizialmente i risultati sono nella norma. | | | |
| | | 4.Informazioni ritenute utili possono essere scritte nel box sottostante. In particolare segnalare se la madre ha una dieta vegetariana o vegana. | | | |
| | | Note: | | | |
| | | FIRMA DI CHI ESEGUE IL PRELIEVO | | NOME IN STAMPATELLO | |
| | | _____ | | _____ | |

208 cm