



ŽIADANKA
SELEKTÍVNY SKRÍNING DMP - SeS

ÚDAJE O DIEŤATI					
Meno a priezvisko					
ID hospitalizačného prípadu			RČ		
Bydlisko			PSČ		
Skríningový kód		Číslo poisťovne		Dg:	
ORDINUJÚCE PRACOVISKO					
Názov					
Adresa:			PSČ		
E-mail:			Tel.:		
PRÍZNAKY – označiť krížikom					
svalová chabosť		porucha vedomia		kŕče (encefalopatia)	
kardiomyopatia		hepatopatia		koagulopatia	
Iné (vypísať):					
LABORATÓRNE NÁLEZY – označiť krížikom					
hypoglykémia		vysoká hladina laktátu		vysoký amoniak	
metabolická acidóza s aniongapom		hepatálne a svalové enzýmy	ALT	AST	CK
Iné - vypísať:					
STAROSTLIVOSŤ - zakrúžkovať			JIRS	JIS	AIM
LIEČBA - uviesť lieky (hlavne antibiotiká - klavulanát, karnitín, vit. B2, B9, B12, a MCT olej)					
ODBER SUCHEJ KVAPKY KRVÍ	Dátum		Hodina		

.....
podpis a pečiatka odosielajúceho lekára

Odoslať na adresu:

Skríningové centrum novorodencov SR
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou B. Bystrica
Nám. L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

Tel./fax: 048 - 472 65 47, 0918 696 968
e-mail: scn@dfnbb.sk