

## Направление на селективный скрининг НБО

Штамп медицинской организации

1. Полное наименование медицинской организации
2. Отделение
3. Фамилия, имя, отчество ребенка
4. Дата рождения (число, месяц, год) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
5. Пол ребенка (подчеркнуть) мужской / женский
6. Номер амбулаторной карты/истории болезни \_\_\_\_\_
7. Диагноз \_\_\_\_\_
8. Адрес проживания/пребывания родителей
9. Доношенность (подчеркнуть) доношенный / недоношенный \_\_\_\_\_ (неделя беременности)
10. Вскармливание (подчеркнуть) естественное / искусственное \_\_\_\_\_ (название смеси)
11. Наличие желтухи (подчеркнуть) да / нет
12. Дата и время забора крови « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин

**Критерии для направления на селективный скрининг НБО (отметить имеющиеся):**

<b>ОСНОВНЫЕ</b>	<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ</b>
<input type="checkbox"/> Внезапное ухудшение клинического состояния ребенка после периода нормального развития (сутки, недели, месяцы), а именно: <ul style="list-style-type: none"><li>○ острая метаболическая энцефалопатия</li><li>○ нарушения сознания (сопор, летаргия, кома)</li><li>○ судороги, резистентные к антиэпилептической терапии</li></ul>	Неврологические симптомы: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Задержка психомоторного развития</li><li><input type="checkbox"/> Утрата приобретенных навыков</li><li><input type="checkbox"/> Мышечная гипотония/гипертония</li><li><input type="checkbox"/> Кардиомиопатия</li><li><input type="checkbox"/> Метаболический алкалоз</li><li><input type="checkbox"/> Снижение зрения</li><li><input type="checkbox"/> Снижение слуха</li><li><input type="checkbox"/> Умственная отсталость</li></ul>
<input type="checkbox"/> Гепатомегалия (гепатоспленомегалия) в сочетании с повышением уровня печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ) более чем в 1,5 раза от нормы	Экстраневральные симптомы: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Задержка физического развития</li><li><input type="checkbox"/> Срыгивания, рвоты</li><li><input type="checkbox"/> Желтуха неясного генеза</li></ul>
<input type="checkbox"/> Аномальный запах мочи, тела, ушной серы	
<input type="checkbox"/> Нарушения роста волос, алопеция	
<input type="checkbox"/> Метаболический ацидоз	
<input type="checkbox"/> Гипогликемия	
<input type="checkbox"/> Повышение кетоновых тел в крови и/или моче	
<input type="checkbox"/> Множественные переломы	
<input type="checkbox"/> Детская смертность в семье от заболеваний со сходными симптомами	

Лечащий врач (ФИО): \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_