

# TILBAKEMELDINGSSKJEMA ETTER UTREDNING FOR FORHØYET 17OH-Progesteron

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

Mors navn og fødselsnummer	Screeningprøve nr.

Diagnose (evt ICD-10 kode): \_\_\_\_\_

Oppfølgende lege: .....

Siste kontroll av barnet	Dato
Evt. behandling påbegynt	Dato
Eller oppfølging avsluttet	Dato

## Viktig dokumentasjon for Nyfødtscreeningen

Legg ved følgende prøvesvar (kryss av):

Andre analyser i utlandet    Ja        (svar ettersendes)    Nei   

Kopi av radiologisk svar   

Kopi av laboratoriesvar   

Kopi av journalnotater   

<b>Generelle kommentarer</b>
------------------------------

Retur pr. post til: Elisabeth Mathiassen, Nyfødtscreeningen, Oslo Universitetssykehus, Postboks 4950, Nydalen, 0424 Oslo