

(採集機構-轉介公衛通知單-初檢疑陽性未複檢)

收件單位：_____衛生局 收件時間：____年__月__日上/下午__時__分 收件人簽名：_____
(☐已於____年__月__日上/下午__時__分回傳或電洽採集機構確認收件無誤)

敬啟者，您好！

下列先天性代謝異常疾病篩檢之疑陽性個案，經本院/診所多次通知個案接受複檢，但因個案無法取得聯繫或至其他縣市等原因，故煩請您協助聯繫或訪視個案，衛教家屬接受複檢的重要性，並且協助個案至原出生醫院或當地採集機構採集複檢血片。

若有任何問題，請與我們電話聯絡。謝謝您的合作！！

***請將檢體及回函寄至XXXX新生兒篩檢合約實驗室，地址：XXXXXXXXXX**

_____醫院(診所) 電話：
地 址： 傳 真：
聯絡人：

✂-----

縣(市)衛生局複檢個案追蹤結果回函

*請同時回傳採集機構及篩檢合約實驗室

篩檢 編號	姓名	出生 日期	原採集機構	疑陽性 項目	電話	地址	複檢 日期	個案處置 (請填編號)

備註：個案處置方式

- 1.已協助個案至_____採集機構接受複檢，並聯繫個案欲前往之採集機構後，將回函轉交該機構，由該機構協助採集個案之複檢血片後，連同下方回函，以現掛寄至原篩檢合約實驗室。
- 2.已協助採得複檢血片後，連同下方回函，以現掛寄至原篩檢合約實驗室。
- 3.無法完成複檢，原因：☐個案拒絕，已提供初步衛教資訊。☐個案因_____，無法追蹤。
- 4.已由_____醫院_____醫師☐完成複檢/確診(於____/____/____檢查結果：____)，☐接受治療(於____/____/____給予____藥，劑量：____)，☐其他情形

衛生局督導：_____負責衛生所：_____
聯繫/訪視人員：_____聯絡電話：_____

FORM N-1.1