

(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財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所
地址：110 台北市信義區東興路 55 號 5 樓 (新生兒篩檢合約實驗室)**

_____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：_____