



Barn cpr.nr.: _____ - _____ Barn navn: _____

Mor cpr.nr.: _____ - _____ Mor navn: _____

Laboratorieundersøgelser inden igangsæt behandling:

TSH niveau i neonatal screeningen: _____ mIE/l

Barnets initiale **TSH**: _____ mIE/l

Barnets initiale **Total T4**: _____ nmol/l

Barnets initiale **Total T3**: _____ nmol/l

Konklusion på screeningsresultat

Sand positiv

Falsk positiv

ICD10 kode

Type

Evt. kommentarer:

Skema udfyldt af:

Navn: _____ Dato: _____

Sygehus: _____

Skemaet returneres til Center for Neonatal Screening (neoscreen@ssi.dk) via krypteret mail