

Rekv.nr.:

Lab.nr.:

**UTTAK AV PRØVEMATERIALE FRA NYFØDTSCREENINGENS BIOBANK TIL
DIAGNOSTISK FORMÅL – CMV testing**

Prøve ønsket hentet ut til diagnostisk formål

Barnets navn:

Barnets fødselsnummer:

Kjønn: M KMistanke om diagnose: **neonatal CMV**Positiv CMV IgG mor Ja Nei Positiv CMV IgG barn Ja Nei

Mors navn:

Mors fødselsnummer:

Rekvirerende lege:

HPR-ID:

Sykehus:

Innhentet godkjenning fra foreldre Ja Nei Diagnostisk prøve Ja Nei

Dato:

Fylles ut av Nyfødtscreeningen

Prøve hentet ut: _____ Signatur: _____

Mottaker av prøvematerialet: _____ (sign)

Antall punch __

Kommentar: 2 punch sendes Mikrobiologen for CMV analyse

Bekreftet av Nyfødtscreeningens (NFS) lege:

