

Screening-ID: _____

Dokument. Zentrum: _____



Datum der Erhebung: ____|____|.____|____|.2|0|____|____|

Basisdokumentation nach positivem Neugeborenencreening auf Sichelzellkrankheit

Demographische Angaben	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	____ ____ .____ ____ .2 0 ____ ____ <i>(tt.mm.jjjj)</i>
Gestationsalter	____ ____ + ____

Bestätigungsdiagnostik im hämatologischen Zentrum			
Datum	____ ____ .____ ____ .2 0 ____ ____		<i>(tt.mm.jjjj)</i>
Bestätigungsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Hämoglobinanalyse („Hb-Elektrophorese“)	Molekulargenetische Untersuchung veranlasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hämoglobin-zusammensetzung [in %]	HbA ____ ____ ,____ HbA2 ____ ____ ,____	HbF ____ ____ ,____ HbS ____ ____ ,____	andere: Hb____ ____ ,____ ,____
Genotyp	<input type="checkbox"/> SCD-S/S <input type="checkbox"/> SCD-S/C	<input type="checkbox"/> SCD-S/beta(+)-Thal. <input type="checkbox"/> SCD _____	<input type="checkbox"/> SCD-S/beta(0)-Thal.
Screening-Ergebnis bestätigt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
	Bitte nehmen Sie unbedingt Kontakt mit dem GPOH-Konsortium Sichelzell-krankheit auf, bevor Sie hier „Nein“ ankreuzen. Die Kontaktdaten finden Sie unter www.sichelzellkrankheit.info		
Aufklärung über GPOH-Register erfolgt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkung	_____		