

## 新生兒先天巨細胞病毒篩檢不通過個案衛教指導單

親愛的家長：

您寶寶的新生兒先天性巨細胞病毒 (CMV) 篩檢結果為「不通過」，並非代表寶寶一定有感染 CMV，只是寶寶必須再接受進一步確認檢查，才能排除或確認有先天感染 CMV。此階段 CMV 篩檢「不通過」表示寶寶先天感染 CMV 的危險性較一般新生兒高，但也可能是其他外在的原因造成「不通過」結果。請家長無須驚慌或是過度擔心，外在原因通常在確診檢查時會被排除，但請您務必盡速配合您的篩檢院所安排或轉介接受進一步的確診檢查。

如果您的寶寶確認先天感染 CMV 並且已經有臨床症狀，如聽損、視障、發育遲緩等症狀，醫師會適當地評估給予治療以減輕嚴重的後遺症。如果寶寶目前還無相關症狀，但仍需要與醫師配合追蹤評估聽力及神經學發展至六歲，以利及時介入治療及復健，才能防範後遺症的危害。

您如果同意提供寶寶確診檢查的報告「新生兒先天性巨細胞病毒確診報告單 (Form CMV-08)」給財團法人預防醫學基金會，本會可協助提醒需要定期評估聽力及神經學發展的寶寶至六歲。您若對此項篩檢結果有任何疑問，可隨時與篩檢院所的醫護人員或財團法人預防醫學基金會聯絡，以確保您的寶寶能獲得最及時的醫療服務！

財團法人預防醫學基金會 聯絡人：王莉莉小姐  
聯絡電話：(02) 2703-6080； 傳真：(02) 2703-6070；  
Email:cmv@pmf.tw 網址：https://cmv.pmf.tw



(本聯由法定代理人留存)



篩檢院所： 姓名： 出生日期：  
病歷號碼： 檢驗編號：

法定代理人聲明：

一、提供我的寶寶寶確診檢查報告給財團法人預防醫學基金會。

同意；  不同意

二、如果寶寶確認先天感染巨細胞病毒，財團法人預防醫學基金會協助提醒定期評估聽力及神經學發展至寶寶六歲。

同意；  不同意

母親姓名：

法定代理人： (簽名)

身份證字號 (居留證號)：

聯絡電話： 手機： 傳真：

Email：

日期： 年 月 日 (本聯由財團法人預防醫學基金會留存)

Form CMV-07

Ver. 1.0 202105 PMF