

新生兒先天性巨細胞病毒篩檢檢驗單

病歷資料黏貼處

檢體 UID

檢驗編號 (由檢驗單位寫)

一、檢體基本資料

母親姓名之男、女_____ 多胞胎_____，病歷號_____

出生日期_____年_____月_____日 母親身分證號/居留證號碼_____

採檢日期_____年_____月_____日 出生體重_____克；懷孕週數_____週_____天

聽篩結果____通過；____未通過；____未做 備註:_____

二、檢驗項目及採檢須知

檢驗項目	7569 巨細胞病毒去氧核醣核酸定量擴增試驗
檢體種類	Dried saliva swab
檢體採集	出生24-72小時之新生兒於哺乳前或哺乳後至少一小時，使用非侵入性的無菌採檢拭子刮抹左右口腔內頰，使唾液及黏膜細胞充分沾附濕潤後，放入原試管後壓緊密合。
檢體保存	檢體請於 2-8°C 冷藏 保存
收檢單位	UCL 大安聯合醫事檢驗所 (106 臺北市復興南路 2 段 151 巷 33 號) 電話：(02)2704-9977

三、送檢院所資料

篩檢院所	送檢單位	協調員	聯絡電話	送檢醫師

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