|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **……………. RADYOLOJİ KLİNİĞİNE**Ulusal Gelişimsel Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı için değerlendirilen aşağıda kimlik bilgileri bulunan ………..BEBEK’e tarama sonucunda şüpheli bulunarak Gelişimsel Kalça Displazisinde risk saptanmış olup, Radyoloji Kliniği’ne sevki uygun görülmüştür. Bebek Kimlik Bilgileri:TC Kimlik No:Adı-Soyadı:………………………………………………Anne Adı:………………………………………………..Doğum Tarihi:……………………………………………Muayene Tarihi:……………………………………Tel:………………………………………………………Adres:………………………………………………………………………………………………………………..Risk **faktörleri**-GKD’li kardeş,-GKD’li anne, baba, dede, nine, teyze, hala, amca, dayı, kuzen, -İlk doğan kız bebek, -Çoğul gebelik, -Amniyon Sıvısı Anormallikleri (sıvı azlığı ya da fazlalığı) -Makat duruş, -Bebeğin ayağında şekil bozukluğu (içe, dışa, yukarı dönüklük),-Plajiosefali -Skolyoz -Pelvik oblisite -Kalça abduksiyon kısıtlılığı -Doğumsal tortikollis  (boyunda eğrilik)-Kundaklama**RİSK FAKTÖRLERİ; VAR YOK****MUAYENE BULGUSU ; VAR YOK**Kliniğinize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Aile Hekimine geri bildiriminin yapılması Ulusal Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı’nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve aile aracılığıyla Aile Hekimliğine gönderilmelidir. İlginize teşekkür ederiz.………………………………Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu:………………………………………………………………………… …../…./….. Dr. Adı ve Soyadı İmza**…………….AİLE HEKİMİNE** Ulusal Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı kapsamında Gelişimsel Kalça Displazisi yönünden değerlendirilmesi için Radyoloji Kliniğimize sevkle gelen ……….. …………………………………..BEBEK’in yapılan klinik değerlendirmesinde;**KLİNİK ÖN TANI:**

|  |  |
| --- | --- |
| TEDAVİ GEREKTİRİR |  |
| TAKİP GEREKTİRİR |  |
| NORMAL |  |

 …../…./….. Dr. Adı ve Soyadı  İmzaBu sevk formunun yukarıdaki Öneri kısmı doldurularak aileye verilmeli ve aile aracılığıyla Aile Hekimine gönderilmelidir. Radyoloji Kliniği ve Telefonu : ……… ………… …………… ……………… … …………………… |
| **…………….ORTOPEDİ HEKİMİNE** Ulusal Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı kapsamında Gelişimsel Kalça Displazisi yönünden değerlendirilmesi için Radyoloji Kliniğimize sevkle gelen ……….. BEBEK’in yapılan klinik değerlendirmesinde;**HER İKİ KALÇA EKLEMİNİN KARŞILAŞTIRMALI US TETKİKİNDE;**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Randevu Tarihi |  |  |  |  |  |
|  |  | Tarih 0 | Tarih1 | Tarih2 | Tarih3 |
| Kemik çatı | Yeterli | **Sağ/Sol kalça** | **Sağ/Sol kalça** | **Sağ/Sol kalça** | **Sağ/Sol kalça** |
| Yetersiz |  |  |  |  |
| Kemik köşe | Keskin |  |  |  |  |
| Künt |  |  |  |  |
| Düz |  |  |  |  |
| Kıkırdak çatı | Örtüyor |  |  |  |  |
| Örtmüyor |  |  |  |  |
| Alfa |  |  |  |  |  |
| Beta |  |  |  |  |  |
| US kalça tipi |  |  |  |  |  |
| Özel not: ek bilgiler, GKD ile ilgili veya değil ek bulgular |  |  |  |  |  |
| ÖNERİ | Tedavi gerekir |  |  |  |  |
| Takip Gerektirir |  |  |  |  |
| Normal |  |  |  |  |

  …../…./….. Dr. Adı ve Soyadı  İmzaBu sevk formunun yukarıdaki Öneri kısmı doldurularak ve US görüntüleri de aileye verilmeli ve aile aracılığıyla Aile Hekimine gönderilmelidir. Radyoloji Kliniği ve Telefonu : ……… ………… …………… ……………… … …………………… |
| **…………….AİLE HEKİMİNE** Ulusal Kalça Displazisi Erken Tanı ve Tedavi Tarama Programı kapsamında Gelişimsel Kalça Displazisi yönünden değerlendirilmesi için Radyoloji Kliniğimize sevkle gelen ……….. BEBEK’in yapılan klinik değerlendirmesinde;**KLİNİK ÖN TANI:**

|  |  |
| --- | --- |
| TEDAVİ GEREKTİRİR |  |
| TAKİP GEREKTİRİR |  |
| NORMAL |  |

  …../…./….. Dr. Adı ve Soyadı  İmzaBu sevk formunun yukarıdaki Öneri kısmı doldurularak aileye verilmeli ve Ortopedi Hekimine gönderilmelidir. Radyoloji Kliniği ve Telefonu : ……… ………… …………… ……………… … …………………… |
|  |