



從陰影區域採集血樣。



合格

圓圈填滿血液並完全飽和

不合格

連續重疊採血



血量不足，多滴血



出現血清環



請填妥採血卡上所有資料。  
若非以電子方式送檢，亦需填寫《生化遺傳學送檢單》  
(用品編號 T439)。

## 採血卡填寫說明

腳跟（用於嬰兒）或手指（用於兒童及成人）針刺採血



**MAYO CLINIC | Mayo Medical Laboratories**  
3050 Superior Drive NW | Rochester, MN 55901  
MayoMedicalLaboratories.com | 800-533-1710

©2016 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved. MAYO, MAYO CLINIC, Mayo Medical Laboratories and the triple-shield Mayo logo are trademarks and service marks of MFMER.

T800  
MC4091-67CH

S&S 903™ FILTER PAPER

000000

將血液填滿每個圓圈。血液必須完全滲透。

儘量參差，不作醫療使用。

儘量參差，不作醫療使用。

儘量參差，不作醫療使用。

<b>MML Blood Spot Collection Card MML採血卡</b>			
Patient ID (Medical record No) <b>病人編號 (病歷號碼)</b> <small>(順序: 姓, 名, 中名)</small>	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</b>		
Patient Name Last, First, Middle <b>病人英文姓名</b> <small>(順序: 姓, 名, 中名)</small>	Birth Date (MM, DD, YYYY) <b>出生日期 (用英文格式: 月, 日, 年, 年, 年)</b>		
Reason for Referral <b>轉介原因</b>	Collection Date (MM, DD, YYYY) <b>採血日期 (用英文格式: 月, 日, 年, 年, 年)</b>		
Submitting Physician <b>送檢醫師</b>	Physician phone <b>醫師電話號碼</b>		
MML Client Number (if known) <b>MML 客戶號碼 (若知曉)</b>	MML Client Name <b>MML 客戶姓名</b>		
MML Client Number (if known) <b>MML 客戶號碼 (若知曉)</b>	Physician fax <b>醫師傳真號碼</b>		
<b>Test ordered*</b> 檢驗項目*			
<b>Infant Information</b> *If requested tests is for a first- or second- tier newborn screen, fill out all information in infant section <b>嬰兒資料</b> *若檢驗目的為第一或第二級新生兒篩檢, 則請完整地填寫「嬰兒資料」欄目內所有欄位資料			
Birth Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Birth Weight (grams) <b>出生體重 (克)</b>	Multiple Births (Birth order A, B, C, etc) <b>多胎 (出生順序: 甲乙丙等)</b>	Gestational Age (wks) <b>妊娠年齡 (週)</b>
Birth Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Birth Weight (grams) <b>出生體重 (克)</b>	Multiple Births (Birth order A, B, C, etc) <b>多胎 (出生順序: 甲乙丙等)</b>	Gestational Age (wks) <b>妊娠年齡 (週)</b>
Special Circumstances (check all that apply) <b>特殊情況 (勾選所有適用的項目)</b>	Repeat Test <input type="checkbox"/> Repeat Test <input type="checkbox"/> NICU Patient	Antibiotics <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Transfused - Transfusion Date: (MM, DD, YYYY)	First Feeding Date <b>初次餵養日期</b>
Special Circumstances (check all that apply) <b>特殊情況 (勾選所有適用的項目)</b>	Repeat Test <input type="checkbox"/> Repeat Test <input type="checkbox"/> NICU Patient	Antibiotics <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Transfused - Transfusion Date: (MM, DD, YYYY)	First Feeding Date <b>初次餵養日期</b>
Risk Factors (check all that apply) <b>風險因素 (勾選所有適用的項目)</b>	Family History of Abnormal NBS <input type="checkbox"/> Family History of Abnormal NBS	Congenital Anomalies <input type="checkbox"/> Congenital Anomalies	Maternal Pregnancy Complications (eg. A/P, H/U/P) <b>母體妊娠併發症 (例如: A/P、H/U/P)</b>
Risk Factors (check all that apply) <b>風險因素 (勾選所有適用的項目)</b>	Family History of Abnormal NBS <input type="checkbox"/> Family History of Abnormal NBS	Congenital Anomalies <input type="checkbox"/> Congenital Anomalies	Maternal Pregnancy Complications (eg. A/P, H/U/P) <b>母體妊娠併發症 (例如: A/P、H/U/P)</b>
<b>Describe anything checked:</b> 請針對所有的勾選項目加以說明:			
Race/Ethnicity (check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <b>族裔 (勾選所有適用的項目)</b> <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____			
Mother's Name Last, First, Middle <b>母親英文姓名 (順序: 姓, 名, 中名)</b>		Mother's Birth Date (MM, DD, YYYY) <b>母親出生日期 (用英文格式: 月, 日, 年, 年, 年)</b>	
Mother's Name Last, First, Middle <b>母親英文姓名 (順序: 姓, 名, 中名)</b>		Mother's Birth Date (MM, DD, YYYY) <b>母親出生日期 (用英文格式: 月, 日, 年, 年, 年)</b>	

採血卡填寫說明 • MC1678-03rev0715

所有資料須用原子筆用力書寫。本頁應參差，不作醫療使用。

## 適用範圍：

- ▶ MML 第一和第二級新生兒篩檢。
  - 無論餵養情況如何，皆應於出生 24 至 48 小時內採集血樣。
  - 出生未滿 24 小時的新生兒需於出生一週內重新採集血樣。
  - 此檢驗項目與您所在國家或地區規定的篩檢項目是分開的。
- ▶ 可接受乾血片血樣的 MML 檢驗項目。
  - 如實驗室檢驗目錄沒有另外說明，血片檢驗可適用於任何年齡。

血樣採集說明，詳見下方及表格背面。

## 血樣採集說明：腳跟或手指針刺採血

1. 用酒精消毒腳跟或手指的皮膚，待乾後用無菌採血針採血，穿刺深度不超過 2 毫米 (mm)。
2. 用紗布擦掉第一滴血。讓較大的血滴形成並直接滴於濾紙上。若出血速度緩慢，可將腳跟或手指置於從屬位置。
3. 讓血液填滿每個圓圈，並確保血液能滲透濾紙並達到飽和 (詳見表格背面)。填滿血液後，濾紙上的圓圈從正反兩面看皆應相同。
4. 將血樣水平放置於室溫下乾燥 3 小時以上。

**切勿**擠壓組織取血。

**切勿**使用帶有乙二胺四乙酸管或毛細管的器械採血。

**切勿**從濾紙兩面重複滲透血液。

**切勿**將採血卡放置於溫熱、潮濕或陽光直射的地方。

**切勿**滯留血樣及成批送檢。務必立即將血樣送至梅奧醫學實驗室 (Mayo Medical Laboratories)!

**切勿**疊放未乾的血樣。

5. 採血後 24 小時內將已乾燥血樣以「隔夜」快遞至：

**Mayo Medical Laboratories**  
**3050 Superior Drive NW**  
**Rochester, MN 55901**  
**USA 美國**

梅奧醫院採血卡  
 MC1678-03rev0715  
 所有資料須用原子筆用力書寫。