

## 新生兒自費篩檢須知

2011 年 01 月製訂  
2024 年 01 月修訂

### 一、檢查項目：

1. 腹部超音波篩檢
2. 腎臟超音波篩檢
3. 心臟超音波篩檢
4. 顱部彩色超音波篩檢
5. 髖關節超音波篩檢

### 附註：

1. 全是自費的檢查，需由家屬簽填同意書，費用請洽詢嬰兒室
2. 可分別單項做選擇
3. 另有四種套裝優惠組合提供選擇

A：五項超音波篩檢

B：心臟超音波篩檢+腹部超音波篩檢+腎臟超音波篩檢+顱部彩色超音波篩檢四項

C：腹部超音波篩檢+腎臟超音波篩檢+顱部彩色超音波篩檢三項

D：髖關節超音波篩檢+腹部超音波篩檢+顱部彩色超音波篩檢三項

### 二、檢查目的：

1. 新生兒身體上有些問題不易由外觀檢查發現異常，但卻可以透過一些非侵襲性的檢查來了解新生兒體內結構，甚至可以因此達到早期發現異常早期追蹤治療的效果。
2. 本院為早期發現異常，提供自費超音波篩檢服務。並不是所有的新生兒都需要接受自費項目篩檢，但若有產程不順利、出生後呼吸不順暢、餵食不易、發紺、家族中有生長發育遲緩者、先天性心臟異常者、父母親或其他子女為先天性心臟病患者、先天性尿路畸型者、父母親有糖尿病或腎功能不佳、羊水量異常者、高血壓、多胞胎、髖關節異常之家族史、初出生後有斜頸、足內翻等情況，我們則衷心建議家長與嬰兒室護理人員登記，以安排時間接受檢查。

如有疑問請於上班時間電洽 台北院區 (02)25433535-轉分機 2509

馬偕醫院生理檢查科製

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版次	頁次
MMH-PHY-TP -1924-001 新生兒自費篩檢	一般	2024/1/2	05	1