



### هوالحکیم

شماره پرونده: .....	بیمارستان: .....
نام خانوادگی پدر: .....	نظام مراقبت تخصصی نوزادان - ۱۳۹۴
بزرگ معالج: .....	

بستری در بخش: <input type="radio"/> مراقبت ویژه نوزادان (NICU) <input type="radio"/> مراقبت تخصصی نوزادان (NSCU) <input type="radio"/> نوبت بستری: .....
تاریخ و ساعت پذیرش: ..... چگونگی پذیرش: <input type="radio"/> بعد از تولد در همین بیمارستان <input type="radio"/> انتقال از بیمارستان دیگر <input type="radio"/> از منزل یا سایر
نام بیمارستان ارجاع دهنده: ..... شماره تلفن همراه یکی از والدین: .....
آدرس محل زندگی والدین استان: ..... شهرستان: ..... بخش: ..... شهر/روستا: .....

نام خانوادگی نوزاد	کد ملی نوزاد	ملیت نوزاد	نوع بیمه نوزاد
.....	.....	<input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	.....

#### علائم و شکایات اصلی نوزاد بدو ورود به بخش

<input type="checkbox"/> نیازمند احیاء در هنگام بستری	<input type="checkbox"/> در حال دریافت تهویه با لوله نای	<input type="checkbox"/> در حال دریافت NCPAP	<input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی	<input type="checkbox"/> سیانوتیک	<input type="checkbox"/> شوک /کما
<input type="checkbox"/> آریتمی	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> بیقراری	<input type="checkbox"/> هیپوتون	<input type="checkbox"/> ناهنجاری	<input type="checkbox"/> اشکال در تغذیه
<input type="checkbox"/> هیپوترم	<input type="checkbox"/> شک به عفونت	<input type="checkbox"/> زردی	<input type="checkbox"/> نارس	<input type="checkbox"/> ROP نیازمند درمان	<input type="checkbox"/> سایر موارد: .....
وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری	BE هنگام بستری		
.....	.....	.....	.....		
محل تولد نوزاد: <input type="radio"/> همین بیمارستان <input type="radio"/> بیمارستان دیگر <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> در راه انتقال <input type="radio"/> سایر	نام بیمارستان محل تولد: .....				
ملیت مادر <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	کد ملی مادر: .....	مرتبۀ نوزاد(قل): .....	تعداد قل ها: .....		

#### مشخصات مادر نوزاد

نام خانوادگی مادر: .....	نوع بیمه مادر: .....	تحصیلات مادر: .....
تاریخ تولد مادر: .....	محل سکونت دائمی: شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/>	نسبت خویشاوندی: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>
تعداد بارداری (G): .....	تعداد زایمان قبلی (P): .....	تعداد سقط (Ab): .....
تعداد فرزندان زنده (از حاملگی های قبلی): .....		
مرگ نوزاد قبلی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	سابقه مرده زایی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	تجویز کورتیکواستروئید: <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است
عوامل خطر بارداری: <input type="checkbox"/> عوامل خطر وجود ندارد <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید <input type="checkbox"/> آنمی در زمان بستری <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> دیابت غیر بارداری <input type="checkbox"/> سیگار مادر در بارداری اخیر <input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر یا دارو <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> VDRL+ <input type="checkbox"/> هیپاتیت B <input type="checkbox"/> هیپاتیت C <input type="checkbox"/> کوریوآمنیونیت <input type="checkbox"/> عفونت ادراری تناسلی <input type="checkbox"/> سایر بیماری های زمینه ای مادر: .....		
عوامل خطر زایمانی: <input type="checkbox"/> عامل خطر ندارد <input type="checkbox"/> پارگی زودرس کیسه آب - مدت: ..... ساعت <input type="checkbox"/> دکلمان جفت <input type="checkbox"/> آغشته به مگنیزیم <input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....		
عوارض زایمان: <input type="radio"/> عوارضی وجود ندارد <input type="radio"/> پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="radio"/> دریافت خون و فرآورده های آن <input type="radio"/> سایر: .....		
مداخله های حین زایمان: <input type="radio"/> مداخله ای نشده <input type="radio"/> اپی زیوتومی <input type="radio"/> القای زایمان <input type="radio"/> تقویت دردهای زایمان <input type="radio"/> زایمان با فورسپس یا واکيوم		

#### مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد: .....	ساعت تولد: .....	جنس: <input type="radio"/> پسر <input type="radio"/> دختر <input type="radio"/> مبهم	سن بارداری (هفته): .....
نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین	وزن تولد: .....	قد تولد: .....	دورسر تولد: .....
علت سزارین: <input type="checkbox"/> سزارین پیشین و سابقه میومکتومی <input type="checkbox"/> عدم پیشرفت <input type="checkbox"/> زجر جنین <input type="checkbox"/> نمایش غیرطبیعی <input type="checkbox"/> مشکلات جفت و بند ناف <input type="checkbox"/> عدم تناسب سر با لگن <input type="checkbox"/> پرفشاری خون مادر <input type="checkbox"/> درخواست مادر <input type="checkbox"/> سایر علت ها			
عامل زایمان: <input type="radio"/> متخصص زنان و زایمان <input type="radio"/> مامای تحصیل کرده <input type="radio"/> فرد دوره دیده <input type="radio"/> فرد دوره ندیده			
فرجام نوزادی زایمان: <input type="radio"/> انتقال به بخش هم اتاقی مادر <input type="radio"/> انتقال به بخش بستری نوزاد <input type="radio"/> انتقال NICU <input type="radio"/> مراقبت تسکینی			
پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> گام های نخستین احیا <input type="radio"/> PPV <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو <input type="radio"/> تجویز CPAP: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
درصد اکسیژن هنگام شروع عملیات احیاء: <input type="radio"/> هوا <input type="radio"/> اکسیژن با بلندر <input type="radio"/> اکسیژن ۱۰۰٪ <input type="radio"/> نامشخص	لوله گذاری تراشه برای تهویه: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		

مهر و امضا فرد ثبت کننده:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید

تشخیصی ها و عوارض حین بستری

سیستم عصبی: <input type="checkbox"/>	اسکلتنی عضلانی: <input type="checkbox"/>	قلبی عروقی: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	ناهنجاری: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
تنفسی: <input type="checkbox"/>	چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>	گوارشی: <input type="checkbox"/>	اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/>	
ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>	سندرم دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/>	پنومونی <input type="checkbox"/>	
سندرم آسپیراسیون مکنونی <input type="checkbox"/>	مجرای شریانی باز: <input type="radio"/> توسط اکو <input type="radio"/> بالینی <input type="radio"/>	ناکی پنه گذرای نوزادی (TTN) <input type="checkbox"/>	سندرم های نشت هوا: <input type="radio"/> پنومومدیاستن <input type="radio"/> پنوموتوراکس <input type="radio"/> PIE <input type="radio"/>	تنفسی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
هیپرتانسیون شریان ریوی (PPHN) <input type="checkbox"/>	بیماری مزمن ریوی (CLD): <input type="radio"/> خفیف <input type="radio"/> متوسط <input type="radio"/> شدید <input type="radio"/>	آسفیسی: <input type="radio"/> خفیف <input type="radio"/> متوسط <input type="radio"/> شدید <input type="radio"/>	لکومالسی اطراف بطن: <input type="radio"/> گرید ۱ <input type="radio"/> گرید ۲ <input type="radio"/> گرید ۳ <input type="radio"/> گرید ۴ <input type="radio"/>	اعصاب: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
سندرم محرومیت <input type="checkbox"/>	تشنج <input type="checkbox"/>	سندرم محرومیت <input type="checkbox"/>	خونریزی داخل بطنی (IVH): <input type="radio"/> درجه ۱ یا ۲ <input type="radio"/> درجه ۳ یا ۴ <input type="radio"/>	
عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	عفونت زودرس: <input type="radio"/> کشت منفی <input type="radio"/> کشت مثبت: <input type="radio"/>	مننژیت <input type="checkbox"/>	عفونت دیررس: <input type="radio"/> کشت منفی <input type="radio"/> کشت مثبت: <input type="radio"/>	عفونت: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/>	دهیدراتاسیون هیپرناترمیک <input type="checkbox"/>	هیپوگلیسمی: <input type="radio"/> گذرا <input type="radio"/> مقاوم <input type="radio"/>	هیپوتیروئیدی <input type="checkbox"/>	متابولیک: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
اشکال در تغذیه <input type="checkbox"/>	انترلوکیت نکروزان (NEC): <input type="radio"/> مرحله ۱ <input type="radio"/> مرحله ۲ <input type="radio"/> مرحله ۳ <input type="radio"/>	استئوپنی نارسا <input type="checkbox"/>	هیپوکلسمی <input type="checkbox"/>	گوارشی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
زردی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	کرن ایکتروس <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>		
اختلالات ناشناخته <input type="checkbox"/>				سایر: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
نیاز به معاینه شده ROP ندارد <input type="radio"/>	معاینه شده ROP ندارد <input type="radio"/>	معاینه شده ROP دارد <input type="radio"/>	معاینه نشده است <input type="radio"/>	رتینوپاتی نارسا: <input type="radio"/> نیاز به معاینه ROP ندارد <input type="radio"/>

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری)

استفاده از اکسیژن اضافی: <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	استفاده از NIPPV: <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	حمایت تنفسی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
استفاده از HFNC: <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	استفاده از مکانیکی <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	
استفاده از NCPAP: <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	استفاده از HFO <input type="checkbox"/>	مدت روز: .....	
نوبت اول: نوع سورفاکتانت: مقدار به CC: .....	شیوه تجویز: .....	ساعت بعد از تولد: .....		تجویز سورفاکتانت: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
نوبت دوم نوع سورفاکتانت: مقدار به CC: .....	شیوه تجویز: .....	ساعت بعد از تولد: .....		
نوبت سوم: نوع سورفاکتانت: مقدار به CC: .....	شیوه تجویز: .....	ساعت بعد از تولد: .....		تعداد دفعات: ....
نوبت چهارم: نوع سورفاکتانت: مقدار به CC: .....	شیوه تجویز: .....	ساعت بعد از تولد: .....		
استفاده از PICC <input type="checkbox"/>	مدت به روز: .....	گذاشتن چست تیوب <input type="checkbox"/>	دفعات: .....	مدخلات درمانی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
استفاده از کاتتر ورید نافی <input type="checkbox"/>	مدت به روز: .....	تجویز گلوبول قرمز فشرده <input type="checkbox"/>	دفعات: .....	
تعویض خون <input type="checkbox"/>		تجویز دارو برای PDA: <input type="checkbox"/>	دفعات: .....	
تجویز IVIG <input type="checkbox"/>		سرما درمانی <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> غیرفعال (وارمر خاموش) <input type="radio"/> فعال (دستگاه سرد کننده)	
انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل <input type="checkbox"/>		درمان ROP: <input type="radio"/> درمان با لیزر <input type="radio"/>	درمان با تزریق آواستین <input type="checkbox"/>	
فوتوتراپی <input type="checkbox"/>		سایر موارد: <input type="checkbox"/>		

وضعیت هنگام ترخیص

وزن هنگام ترخیص	دور سر هنگام ترخیص	تاریخ ترخیص / فوت / انتقال	ساعت ترخیص / فوت / انتقال
.....	.....	.....	.....
فرجام نوزاد <input type="radio"/> ترخیص زنده <input type="radio"/>	فوت نوزاد <input type="radio"/>	انتقال به سایر بیمارستان ها <input type="radio"/>	رضایت شخصی <input type="radio"/>
نوع تغذیه هنگام ترخیص: <input type="radio"/> شیر مادر <input type="radio"/> شیر مصنوعی <input type="radio"/>	شیر مادر تقویت شده <input type="radio"/>	شیر مادر و شیر مصنوعی <input type="radio"/>	
آیا درخواست انتقال نوزاد به بیمارستان دیگر گرفته است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
علت درخواست انتقال به بیمارستان دیگر: <input type="checkbox"/> نیاز به عمل جراحی <input type="checkbox"/> نیاز به تجهیزات پیشرفته تر حیاتی <input type="checkbox"/> درخواست والدین <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....			
موارد علت عدم انجام انتقال: <input type="checkbox"/> عدم وجود تخت خالی <input type="checkbox"/> فوت قبل یا طی انتقال <input type="checkbox"/> عدم موافقت والدین <input type="checkbox"/> مشکلات تدارکاتی و جاده ای <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....			
انتقال نوزاد به بیمارستان: .....			
علت اصلی مرگ: <input type="radio"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="radio"/> آسفیسی <input type="radio"/> نارسا ( $GA < 26w$ ) <input type="radio"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="radio"/> عفونت <input type="radio"/> سایر موارد: .....			
تعداد روز بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان: .....	تعداد روز بستری در بخش مراقبت تخصصی نوزادان: .....		

مهر و امضاء پرستار:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید

مهر و امضاء پزشک معالج: