

فرم ثبت مراقبت کودک سالم-ویژه غیر پزشک

مشخصات فردی									
ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پرونده خانوار:									
		نام و نام خانوادگی		جنس: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>		کد ملی کودک			
		نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار		تحصیلات سرپرست:		کد ملی سرپرست خانوار			
		تحصیلات مادر:		شغل سرپرست:		نسبت خویشاوندی درجه یک بین والدین:		دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
		تاریخ تولد کودک: / /		وزن هنگام تولد کودک:		سن مادر:		قد هنگام تولد کودک:	
		نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>		محل تولد: بیمارستان <input type="checkbox"/>		کمک کننده زایمان: پزشک <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/>		دور سر هنگام تولد کودک:	
		چندقلو <input type="checkbox"/> سن حاملگی هنگام تولد:		تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/>		کمک کننده زایمان: پزشک <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> م م د ن <input type="checkbox"/>		م م د د <input type="checkbox"/>	
وضعیت عمومی خانواده کودک: زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> زندگی با مادر <input type="checkbox"/> زندگی با پدر <input type="checkbox"/> زندگی با افرادی غیر از والدین <input type="checkbox"/>									
بیمه پایه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>									
ابتلا کودک به بیماری یا بیماریهای خاص:									
دارو یا داروهایی که کودک به علت بیماری خاص مصرف می کند:									
تحت پوشش سازمان حمایتی و خیریه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>									
تحت پوشش برنامه حمایتی کمیته امداد است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>									
آدرس محل سکونت:									
تلفن منزل: تلفن محل کار سرپرست: تلفن همراه سرپرست:									

جدول ثبت واکسیناسیون کودک							
سن واکسن	بدو تولد	۲ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی	۱۲ ماهگی	۱۸ ماهگی	۶ سالگی
فلج اطفال خوراکی							
فلج اطفال تزریقی							
هپاتیت ب							
پنج گانه							
سه گانه							
MMR							

ارزیابی تغذیه شیرخوار تا پایان ۶ ماهگی

ویزیت‌های مراقبت سلامت						نوع تغذیه شیرخوار را سوال و تعیین کنید: بله / خیر
۶ ماهگی	۴ ماهگی	۲ ماهگی	۳۰ تا ۴۵ روزگی	۱۴-۱۵ روزگی	۳ تا ۵ روزگی	
						در صورت بلی علامت تیک در صورت خیر علامت خط تیره
						آیا کودک با شیر مادر تغذیه می‌شود؟
						آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (جدول ۱ و ۲)
						آیا نوزاد هوشیار است و تقاضای شیر می‌کند؟ (جدول ۱ و ۲)
						آیا دفعات ادرار نوزاد در ۴۸ ساعت اول ۳-۲ کهنه مرطوب در شبانه روز است؟ (جدول ۱)
						آیا نوزاد اجابت مزاج زرد و شل دارد؟ (در روز ۱ و ۲ حداقل ۱ بار و سپس حداقل ۲ بار در شبانه روز)؟ (جدول ۱)
						آیا شیردهی به شیرخوار در هر وعده از دو پستان و بطور متناوب از پستانها می‌باشد (تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار و سپس دادن پستان دیگر)؟ (جدول ۲)
						آیا شیرخوار مکرر و بر حسب تقاضایش ۱۰-۱۲ بار در شبانه روز (هر ۲-۱.۵ ساعت یکبار) شیر می‌خورد؟ (جدول ۲)
						اگر خودش بیدار نشود او را بعد از ۳ ساعت بیدار می‌کنید؟ (جدول ۲)
						آیا شیرخوار در شب شیر می‌خورد؟ (جدول ۲)
						آیا شیرخوار پس از تغذیه علائم سیری را نشان می‌دهد؟ (جدول ۳)
						آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می‌یابد؟ (جدول ۲)
						آیا غذا و مایعات دیگر بجز شیر مادر به شیرخوار داده می‌شود؟ (جدول ۴) در صورت بلی چه چیزی؟ چرا؟ چند بار در شبانه روز چه مقدار
						آیا به شیرخوار شیشه شیر داده می‌شود؟ (جدول ۱۳)
						آیا به شیرخوار گول‌زنک داده می‌شود؟ (جدول ۱۴)
						آیا شیرخوار (از روز ۵ به بعد) دفع ادرار رقیق و زرد کم رنگ حداقل ۶ بار در شبانه روز دارد؟ (جدول ۳)
						آیا شیرخوار از روز ۴ به بعد و در هفته‌های اول حداقل ۲ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بزرگتر از اندازه سکه) و با قوام نرم دارد؟ (جدول ۳)
						آیا اختلال شیردهی بخاطر جدایی مادر و شیرخوار بوجود آمده است؟ (مادر شاغل، بستری شدن...) (۲ و ۵ و ۶)
						آیا شیرخوار گریه زیاد و بیقراری دارد؟ (جدول ۷)
						آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر و شیر خوردن امتناع می‌ورزد؟ (جدول ۸)
						آیا شیرخوار شرایط خاصی دارد؟ (مثل نارسایی و کم وزنی، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، زردی ...) (جدول ۳ و ۹ و ۱۰)
						آیا کودک با شیر مصنوعی تغذیه می‌شود؟
						آیا کودک با شیر مادر و شیر مصنوعی (تغذیه توأم) تغذیه می‌شود؟ (جدول ۱۱)
						آیا مادر در ۵-۳ روزگی (در صورت شیر ندادن)، تمهیدات لازم برای تسکین پستان‌ها را انجام می‌دهد؟ (جدول ۱۱)
						سن شروع تغذیه با شیر مصنوعی روز..... ماه.....
						آیا شیر مصنوعی یارانه‌ای دریافت می‌کند؟ در صورت بلی به چه صورت ۱- کامل ۲- کمکی
						آیا شیر مصنوعی غیر یارانه‌ای دریافت می‌کند؟ در صورت بلی به چه دلیل ۱- خود سرانه ۲- دستور پزشک ۳- توصیه اطرافیان
						علت تجویز شیر مصنوعی یارانه‌ای چیست؟ ۱- مطلوب نبودن نمودار رشد ۲- چندقلویی ۳- بیماری مادر ۴- مصرف دارو توسط مادر و مواد رادیواکتیو ۵- جدایی مادر ۶- فوت مادر ۷- فرزند خواندگی ۸- نظر کمیسیون - آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار به کودک داده می‌شود؟ (جدول ۱۱)
						آیا برابر دستور عمل (از لحاظ غلظت و بهداشت) شیر را آماده می‌کند؟
						- آیا به شیرخوار شیشه شیر داده می‌شود؟ (جدول ۱۳)
						آیا به کودک گول‌زنک داده می‌شود؟ (جدول ۱۴)
						آیا کودک با شیر دام تغذیه می‌شود؟ (جدول ۱۲)
						در صورت تغذیه کودک با شیر مصنوعی، شیر دام و... زمان قطع شیر مادر را ذکر کنید.
						طبقه بندی:
						۱- احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر دارد ۲- تغذیه با شیر مصنوعی دارد ۳- مشکل تغذیه با شیر مادر ندارد

ویزیت‌های مراقبت سلامت						نحوه شیردهی مادر را هنگام تغذیه شیرخوار مشاهده کنید: بله / خیر	
۶ ماهگی	۴ ماهگی	۲ ماهگی	۳۰-۴۵ روزگی	۱۴-۱۵ روزگی	۳ تا ۵ روزگی	در صورت بلی علامت تیک در صورت خیر علامت خط تیره	
						آیا مادر سالم به نظر می‌رسد؟	وضعیت عمومی مادر و شیرخوار
						آیا مادر راحت و آرام است؟	
						آیا علائم پیوند عاطفی بین مادر و شیرخوار وجود دارد؟	
						آیا شیرخوار سالم به نظر می‌رسد؟	
						آیا شیرخوار آرام و راحت است؟	
						آیا شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می‌گیرد؟	
						آیا پستانها سالم به نظر می‌رسند؟	وضعیت پستان مادر
						آیا مادر احساس درد یا ناراحتی ندارد؟	
						آیا پستان را بخوبی با انگشتان دور از هاله نگهداشته شده؟	
						آیا سرو گوش و گردن و تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد؟	وضعیت بغل کردن شیرخوار
						آیا بدن شیرخوار نزدیک بدن مادراست؟	
						آیا تمام بدن شیرخوار با دست مادر حمایت شده (بویژه در نوزادان)؟	
						آیا شیرخوار بنحوی به پستان نزدیک میشود که بینی او مقابل نوک پستان قرار میگیرد؟	
						آیا قسمت بیشتری از هاله بالای لب فوقانی دیده میشود؟	وضعیت پستان گرفتن
						آیا دهان کاملاً باز است؟	
						آیا لب تحتانی به بیرون برگشته؟	
						آیا چانه او با پستان تماس دارد؟	
						آیا مکیدن آهسته، عمیق و گاه با مکث است؟	نحوه مکیدن
						گونه‌ها موقع مکیدن برجسته است؟	
						آیا صدای بلع به گوش میرسد(پس از آمدن شیر)؟	
						آیا شیرخوار پس از شیر خوردن، خود پستان را رها می‌کند؟	
						آیا مادر علائم بازتاب جهش شیر را حس می‌کند؟	
						طبقه بندی:	
						۱- احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر وجود دارد	
						۲- احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر وجود ندارد	

ارزیابی و مشاهده سلامت و شیردهی مادر

سوال کنید/بررسی کنید: بلی/خیر در صورت بلی علامت تیک در صورت خیر علامت خط تیره						
۶ ماهگی	۴ ماهگی	۲ ماهگی	۳۰-۴۵ روز	۱۴-۱۵ روزگی	اولین مراجعه (ترجیحاً ۳-۵ روزگی)	
						مادر قبلاً جراحی پستان یا تروما داشته که تولید شیرش مختل شده، یا دچار عدم تقارن و یا بزرگ نشدن قابل ملاحظه پستان در بارداری است؟ (جدول ۱۶)
						آیا نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟ آیا پستان مادر با شیردهی دچار مشکل شده؟ (نظیر احتقان، زخم نوک، مجاری بسته، آبسه، عفونت....)(جدول ۵ و ۱۷)
						در دوران شیردهی، باردار هم هست؟(جدول ۱۶)
						دارو مصرف می کند؟ (جدول ۱۶)
						اعتیاد دارد؟(جدول ۱۶)
						مادر بیماری دارد؟ (جدول ۱۶)
						علائم مشکلات روحی روانی یا افسردگی پس از زایمان دارد؟ (اضطراب، ترس بینهایت، اختلال خواب و اشتها، احساس کم انرژی بودن، عصبانی و ناامید و احساس گناه...)(جدول ۱۶)
						مادر سوء تغذیه دارد؟ (BMI زیر ۱۸/۵ قبل از بارداری یا در حال حاضر)(جدول ۱۶)
						آیا مادر نگرانی یا مشکلی در تغذیه شیرخوار با شیر مادر بیان می کند؟
						آیا مادر جوان است؟ (جدول ۱۶)
						تنها و بدون کمک است؟(جدول ۱۶)
						سزارین شده است؟(جدول ۱۶)
						آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۶)
						برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته یا اصلاً شیر نداده؟(جدول ۱۶)
						آیا فرزند ناخواسته(بدون برنامه ریزی) بوده است؟(جدول ۱۶)
						مشکل خانوادگی دارد؟(جدول ۱۶)
						اعتماد به نفس کافی ندارد؟(جدول ۱۶)
						آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باور نادرست وجود دارد؟ (باور امکان تغذیه انحصاری با شیر مادر وجود نداشته باشد، تغییر وضعیت ظاهری...)(جدول ۱۸)
						شاغل یا در حال تحصیل و ساعاتی دور از فرزندش است؟(جدول ۵ و ۶)
						مادر تغذیه کافی و مناسب دارد؟ (استفاده از کلیه گروههای غذایی؟ به مقدار کافی؟ مایعات؟ مکمل؟) (جدول ۱۶)
						در صورت استفاده از روش پیشگیری از بارداری آیا این روش متناسب با شیردهی است؟ (جدول ۱۹)
						مادر دو یا چندقلو دارد (جدول ۱۰)
						طبقه بندی:
						۱- مشکل سلامت و شیردهی مادر وجود دارد ۲- احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر وجود دارد
						۳- نیازمند مراقبت و مشاوره ویژه ۴- مشکل سلامت و شیردهی مادر وجود ندارد

ارزیابی تغذیه شیرخوار از پایان ۶ ماهگی تا ۲۴ ماهگی

ویزیت‌های مراقبت سلامت						نوع تغذیه شیرخوار را سوال و تعیین کنید: بله / خیر در صورت بلی علامت تیک در صورت خیر علامت خط تیره
۲۴ ماهگی	۱۸ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۲ ماهگی	۹ ماهگی	۷ ماهگی	
						آیا کودک با شیر مادر تغذیه می‌شود؟
						آیا شیرخوار مکرر و بر حسب تقاضایش (هر زمان و هر چقدر میل دارد) شیر می‌خورد؟ (جدول ۲)
						آیا شیرخوار در شب شیر می‌خورد؟ (جدول ۲)
						آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط شیرخوار ادامه می‌یابد؟ (جدول ۲)
						آیا اختلال شیردهی بخاطر جدایی مادر و شیرخوار بوجود آمده است؟ (اشتغال مادر، بستری شدن...) (جدول ۲ و ۵ و ۶)
						آیا به شیرخوار شیشه شیر داده میشود؟ (جدول ۱۳)
						آیا به شیرخوار گول زنگ داده میشود؟ (جدول ۱۴)
						آیا شیرخوار گریه زیاد و بی‌قراری دارد؟ (جدول ۷)
						آیا شیرخوار از گرفتن پستان مادر و شیر خوردن امتناع می‌ورزد؟ (جدول ۸)
						آیا شیرخوار شرایط خاصی دارد؟ (مثل نارس و کم وزن بوده، دو یا چندقلو، شکاف کام و لب، ...) (جدول ۳ و ۹ و ۱۰)
						آیا مادر نگرانی یا مشکلی در تغذیه شیرخوار با شیر مادر بیان می‌کند؟
						آیا کودک با شیر مصنوعی تغذیه می‌شود؟
						آیا کودک با شیر مادر و شیر مصنوعی (تغذیه توأم) تغذیه می‌شود؟ (جدول ۱۱)
						آیا شیر مصنوعی را بعد از ۶ ماهگی شروع کرده است؟
						آیا شیر مصنوعی یارانه‌ای دریافت می‌کند؟ در صورت بلی به چه صورت ۱- کامل ۲- کمکی
						آیا شیر مصنوعی غیر یارانه‌ای دریافت می‌کند؟ در صورت بلی به چه دلیل ۱- خود سرانه ۲- دستور پزشک ۳- توصیه اطرافیان
						علت تجویز شیر مصنوعی یارانه‌ای چیست؟ ۱- مطلوب نبودن نمودار رشد ۲- چندقلویی ۳- بیماری مادر ۴- مصرف دارو توسط مادر و مواد رادیواکتیو ۵- جدایی مادر ۶- فوت مادر ۷- فرزند خواندگی ۸- نظر کمیسیون
						آیا برابر دستور عمل (از لحاظ غلظت و بهداشت) شیر را آماده می‌کند؟
						آیا به کودک شیشه شیر داده میشود؟ (جدول ۱۳)
						آیا به کودک گول زنگ داده میشود؟ (جدول ۱۴)
						آیا شیر خوار با شیر دام تغذیه می‌شود؟ (جدول ۱۲)
						در صورت تغذیه کودک با شیر مصنوعی، شیر دام و... زمان قطع شیر مادر را ذکر کنید.
						طبقه بندی: ۱- احتمال مشکل تغذیه دارد ۲- تغذیه با شیر مصنوعی ۳- مشکل تغذیه ندارد

ارزیابی تغذیه کودک ۶ ماه تا ۵ سال

سوال کنید / بررسی کنید : بله / خیر										
۵ سالگی	۴ سالگی	۳ سالگی	۲.۵ سالگی	۲ سالگی	۱.۸ ماهگی	۱.۵ ماهگی	۱۲ ماهگی	۹ ماهگی	۷ ماهگی	
در صورت بلی علامت تیک در صورت خیر علامت خط تیره										
										غذای کمکی را برای کودک از چه زمانی شروع کرده اید؟ (۱) قبل از ۶ ماهگی (۱۸۰ روزگی) (۲) ۶ تا ۷ ماهگی (۱۸۱ روزگی تا ۲۱۰ روزگی) (۳) هنوز شروع نکرده ام ((بعد از ۷ ماهگی (۲۱۱ روز به بعد))
										آیا غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید)
										آیا پوره غلیظ، غذاهای کاملاً نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می شود؟
										آیا شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (بتدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید)
										آیا به شیرخوار ۲-۳ وعده غذا در روز و ۱-۲ میان وعده مغذی می دهید؟
										آیا شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟
										آیا شما، همسرتان یا سایر فرزندان شما به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟
										آیا مایعات نیز به او می دهید؟
										آیا غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت ها، میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او می دهید؟
										آیا در هر وعده نصف لیوان (۱۲۵ سی سی) غذا به او می دهید؟
										آیا به شیرخوار ۳-۴ وعده غذا و ۱-۲ میان وعده مغذی می دهید؟
										آیا کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه ها، سبزی ها، میوه ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟
										آیا کودک ۳-۴ وعده در روز غذای خانواده را می خورد؟
										آیا کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۱-۲ سال ۳/۴ لیوان، در کودکان ۲-۵ سال ۱ لیوان)
										آیا کودک بین وعده های غذا ۱-۲ بار میان وعده مغذی متناسب با سن مصرف می کند؟
										طبقه بندی: ۱- احتمال مشکل تغذیه دارد ۲- تغذیه با شیر مصنوعی ۳- مشکل تغذیه ندارد

ویزیت‌های مراقبت سلامت					
۳-۵ روزگی		۱۴-۱۵ روزگی		۳۰-۴۵ روزگی	
کد تاریخ		کد تاریخ		کد تاریخ	
پیگیری		پیگیری		پیگیری	
طبقة بندی		طبقة بندی		طبقة بندی	
درجه حرارت: تنفس: کد طبقه بندی:		درجه حرارت: تنفس: کد طبقه بندی:		درجه حرارت: تنفس: کد طبقه بندی:	
۱-کاهش قدرت مکیدن		۲-استفراغ مکرر		۳-تشنج	
۴-توکشیده شدن شدید قفسه سینه		۶-پرش پره های بینی		۷-تاله کردن	
۸-برآمدگی ملاحظ		۹-زردی		۱۰-کاهش سطح هوشیاری	
۱۱-بی‌قراری و تحریک پذیری		۱۲-تب		۱۳-درجه حرارت پایین	
۱۴-هیچ کدام از نشانه های خطر را ندارد		۱-احتمال بیماری خیلی شدید		۲-زردی	
۳-علائم و نشانه های خطر ندارد					
۱-پایین z-score		۲- مساوی z-score		۳- تا کمتر از z-score	
۴- مساوی z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۱- کم‌وزنی شدید		۲- کم‌وزنی		۳- احتمال اضافه وزن	
۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن		۵- طبیعی			
۱-پایین z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۴- مساوی z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۱-کوتاه قدی شدید		۲- کوتاه قدی		۳- خیلی بلند قد	
۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد		۵- طبیعی			
۱-پایین z-score		۲- بالای z-score		۳- مساوی z-score	
۴- مساوی z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۱- دور سر کوچک (میکروسفالی)		۲- دور سر بزرگ (ماکروسفالی)		۳- دور سر غیر موزای بامنحنی میانگین	
۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر		۵- دور سر طبیعی		۶- دور سر طبیعی	
۱-پایین z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۴- بیشتر از z-score		۲- مساوی z-score		۳- بیشتر از z-score	
۱- لاغری شدید		۲- لاغری		۳- چاقی	
۴- اضافه وزن		۵- احتمال خطر اضافه وزن		۶- طبیعی	
۱-نوزاد نارس به دنیا آمده است		۲- سابقه بیماری مادرزادی یا ارثی چشم در خانواده		۳- چشم‌ها لرزه	
۴- هم راستا نبودن چشم‌ها		۵- اشک ریزش		۶- تورگرگزبی	
۷- ظاهر چشم غیرطبیعی		۸- هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد		۹- تورگرگزبی	
۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی		۲- مشکل چشم / بینایی ندارد			
۱- آیا تست غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است؟		۱- سابقه عفونتهای دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV)		۲- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰	
۳- سابقه زردی شدید یا انجام فتو تراپی یا تعویض خون در دوره نوزادی		۴- سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیشتر از ۵ روز		۵- سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک	
۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری		۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی / گوش			
۳- مشکل شنوایی / گوش ندارد					
۱- وجود بیماری ارثی / ژنتیکی (تشخیص داده شده) در کودکی یا خانواده کودک (پدر، مادر، خواهر، برادر)		۲- وجود اختلال تکرارشونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) در خانواده کودک		۳- وجود بدخیمی در کودک یا خانواده کودک	
۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک		۲- طبیعی			
۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی)		۲- مادر مبتلا به PKU		۳- نوزاد نارس	
۴- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۲/۴		۵- سابقه بستری در بیمارستان		۶- نوزاد نارس	
۷- تست تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است		۸- تست تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت		۹- تست غربالگری اولیه منفی	
۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU		۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU		۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت	
۴- تست غربالگری اولیه PKU مثبت		۵- PKU مثبت بیمارستانی		۶- PKU منفی	
۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید		۲- نوزاد نارس نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم)		۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم)	
۴- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم		۵- دوقلوها و چندقلوها		۶- سابقه بستری در بیمارستان	
۷- سابقه دریافت خون یا تعویض خون		۸- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی)		۹- در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹-۵	
۱۰- اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان		۱۱- دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه یا مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵)		۱۲- نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید پاشنه یا TSH بالای ۱۰	
۱۳- آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیصی) (TSH, T4, free T4) غیر طبیعی		۱۴- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه یا منفی (TSH کمتر از ۵)		۱۵- نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه یا منفی (TSH کمتر از ۵)	
۱۶- تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (T4, TSH, T4RUP) طبیعی					

						۱-نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید ۲-نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه ۳-احتمال کم کاری تیروئید ۴-نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید ۵-کم کاری تیروئید دارد ۶-کم کاری تیروئید ندارد	طبقه‌بندی
						انتخابی (عنوان غربالگری را در ستون مربوط به هرسن ذکر کنید)	۱۱- سایر غربالگری‌ها (منطبق با سن)
						۱-نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲-نتیجه غربالگری غیر طبیعی ۳-طبیعی	طبقه‌بندی
						۱-عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علام بدن ۲-گریه‌های طولانی و ممتد کودک ۳-وجود کیبودی و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد ۴-خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن ۵-علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار ۶-کیبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن ۷-همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند	۱۲- بد رفتاری با کودک
						۱-احتمال بد رفتاری با کودک ۲-کودکان شاهد خشونت خانگی	طبقه‌بندی
						۱-واکسیناسیون ناقص ۲-واکسیناسیون کامل	۱۳-واکسن: طبقه‌بندی
						۱-مصرف ناقص مکمل‌ها ۲-مصرف کامل مکمل‌ها	۱۴-مکمل‌آد طبقه‌بندی
						۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی	۱۵-منبع تهیه مکمل
							۱۶-تعداد مکمل‌آد (توزیع بخش دولتی)
						۱-ارجاع فوری به مرکز درمانی ۲-ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۳-ارجاع به پزشک خانواده ۴-ارجاع به مشاور تغذیه با شیر مادر ۵-ارجاع به دندانپزشک ۶-ارجاع به مرکز انجام غربالگری شنوایی ۷-ارجاع به آزمایشگاه ۸-سایر.... علت ارجاع در ستون مربوطه ذکر شود	۱۷-ارجاع
						۱-توصیه‌های تغذیه‌ای انجام شد؟(مشاوره تغذیه با شیر مادر یا مشاوره تغذیه) ۲-مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودک انجام شد؟ ۳-مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودک انجام شد؟ ۴-مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان کودک انجام شد؟ ۵-مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک انجام شد؟ ۶-توصیه پیشگیری از حوادث و سوانح انجام شد؟ ۷-مشاوره با مادر برای رابطه متقابل کودک و والدین انجام شد؟ ۸-توصیه برای مراقبت از تکامل کودک انجام شد؟ ۱۰-زمان مراجعه مراقبت روتین بعدی به مادر تأکید شد؟ در مادران واجد شرایط فرزندآوری مشاوره فرزندآوری انجام شد؟	۱۸-توصیه‌ها
۲۰- نام و نام خانوادگی مراقبت‌کننده:							

ویزیت‌های مراقبت سلامت						ارزیابی / طبقه بندی			
۶ ماهگی		۴ ماهگی		۲ ماهگی					
تاریخ	کد	تاریخ	کد	تاریخ	کد				
پیگیری	طبقه بندی	پیگیری	طبقه بندی	پیگیری	طبقه بندی				
کد طبقه بندی:		کد طبقه بندی:		کد طبقه بندی:		سوال کنید: ۱- قادر به نوشیدن و شیر خوردن نیست نگاه کنید: ۴- بیحالی و خواب الودگی غیر عادی			
						۱- بیماری خیلی شدید ۲- علائم و نشانه های خطر ندارد			
۳- بیشتر از Z-score +1		۳- بیشتر از Z-score +1		۲- مساوی Z-score -2 تا کمتر از Z-score -2		۱- پایین Z-score -2 ۲- مساوی Z-score -2 تا مساوی Z-score +1 : (الف) روند رشد نامعلوم (ب) روند رشد متوقف شده			
وزن برای سن		وزن: گرم		وزن: گرم		۱- کم‌وزنی شدید ۲- کم‌وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی			
۳- قد برای سن		۳- بیشتر از Z-score +2		۲- مساوی Z-score -3 تا کمتر از Z-score -2		۱- پایین Z-score -2 ۲- مساوی Z-score -2 تا مساوی Z-score +3 : (الف) روند رشد نامعلوم (ب) روند رشد متوقف شده			
وزن: گرم		وزن: گرم		وزن: گرم		۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی			
۴- دور سر برای سن		۲- مساوی Z-score -2 تا مساوی Z-score +2		۲- مساوی Z-score -2 تا کمتر از Z-score -2		۱- پایین Z-score -2 ۲- بالای Z-score +2 ۳- دور سر غیر موازی با منحنی میانگین ۴- دور سر موازی با منحنی میانگین			
دور سر: سانتیمتر		دور سر: سانتیمتر		دور سر: سانتیمتر		۱- دور سر کوچک (میکروسفالی) ۲- دور سر بزرگ (ماکروسفالی) ۳- نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر ۴- دور سر طبیعی			
۵- وزن برای قد		۴- بیشتر از Z-score +2 تا مساوی Z-score +2		۲- مساوی Z-score -3 تا کمتر از Z-score -2		۱- پایین Z-score -3 ۲- مساوی Z-score -3 تا کمتر از Z-score -2 ۳- مساوی Z-score -2 تا مساوی Z-score +1			
						۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی			
دهان و دندان		۶- پوسیدگی زودرس دوران کودکی ۷- نقاط سفید گچی ۸- تأخیر رویش دندان‌ها ۹- وجود پلاک روی دندان‌ها ۱۰- تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین ۱۱- سابقه ضربه به صورت ۱۲- خطر پوسیدگی دارد ۱۳- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است ۱۴- مشکل دندان درآوردن ۱۵- معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یک‌سالگی ۱۶- عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق		۵- نشانه‌های ضربه ۱۱- سابقه ضربه به صورت ۱۲- خطر پوسیدگی دارد ۱۳- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است ۱۴- مشکل دندان درآوردن ۱۵- معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یک‌سالگی ۱۶- عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق		۴- تورم صورت ۱۰- تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین ۱۱- سابقه ضربه به صورت ۱۲- خطر پوسیدگی دارد ۱۳- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است ۱۴- مشکل دندان درآوردن ۱۵- معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یک‌سالگی ۱۶- عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق		۱- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۲- تورم و قرمزی لثه ۳- تورم صورت ۴- تورم صورت ۵- نشانه‌های ضربه ۱۱- سابقه ضربه به صورت ۱۲- خطر پوسیدگی دارد ۱۳- مادر در حین بارداری تحت مراقبت دندان پزشکی نبوده است ۱۴- مشکل دندان درآوردن ۱۵- معاینه نشدن توسط دندان‌پزشک تا قبل از یک‌سالگی ۱۶- عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق	
طبقه بندی						۱- مشکل دندان‌های شدید یا پر خطر ۲- مشکل دندان‌های متوسط ۳- از نظر مشکل دندان‌های کم خطر ۴- مشکل دندان‌های ندارد			
۷- شنوایی		۱- آیا تست غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است؟ ۲- سابقه عفونت‌های دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV) ۳- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ ۴- سابقه زردی شدید یا انجام فتو تراپی یا تعویض خون در دوره نوزادی ۵- سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیشتر از ۵ روز ۶- سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک		۲- سابقه عفونت‌های دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV) ۳- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ ۴- سابقه زردی شدید یا انجام فتو تراپی یا تعویض خون در دوره نوزادی ۵- سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیشتر از ۵ روز ۶- سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک		۲- سابقه عفونت‌های دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV) ۳- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ ۴- سابقه زردی شدید یا انجام فتو تراپی یا تعویض خون در دوره نوزادی ۵- سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیشتر از ۵ روز ۶- سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک		۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی / گوش ۳- مشکل شنوایی / گوش ندارد	
۸- غربالگری تکامل RED FLAGS		۱- با شنیدن صدای بلند در شیر خوردن مکت می‌کند یا در هنگام خواب از جا می‌پرد؟ ۲- اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳- اشخاص لیخت می‌زند؟ ۴- وقتی روی شکم دراز کشیده، می‌تواند چانه‌اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ ۵- در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟		۲- اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳- اشخاص لیخت می‌زند؟ ۴- در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟		۲- اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳- اشخاص لیخت می‌زند؟ ۴- در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟		۱- با شنیدن صدای بلند در شیر خوردن مکت می‌کند یا در هنگام خواب از جا می‌پرد؟ ۲- اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳- اشخاص لیخت می‌زند؟ ۴- وقتی روی شکم دراز کشیده، می‌تواند چانه‌اش را به مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ ۵- در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟	
طبقه بندی						۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۳- طبیعی			
۹- غربالگری تکامل		پرستشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود (ASQ): ۱) امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از TSD - و یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از TSD - و یا پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۲) امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱-SD و ۲-SD ۳) امتیاز تست غربالگر استاندارد TSD - و بالاتر		پرستشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود (ASQ): ۱) امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از TSD - و یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از TSD - و یا پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۲) امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱-SD و ۲-SD ۳) امتیاز تست غربالگر استاندارد TSD - و بالاتر		پرستشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود (ASQ): ۱) امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از TSD - و یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از TSD - و یا پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۲) امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱-SD و ۲-SD ۳) امتیاز تست غربالگر استاندارد TSD - و بالاتر		پرستشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود (ASQ): ۱) امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از TSD - و یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از TSD - و یا پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۲) امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱-SD و ۲-SD ۳) امتیاز تست غربالگر استاندارد TSD - و بالاتر	
طبقه بندی		۱- نیازمند ارجاع از نظر تکامل در حیطه های: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی اجتماعی، موارد کلی ۲- نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی		۲- نیازمند ارجاع از نظر تکامل در حیطه های: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی اجتماعی، موارد کلی ۲- نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی		۲- نیازمند ارجاع از نظر تکامل در حیطه های: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی اجتماعی، موارد کلی ۲- نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی		۲- نیازمند ارجاع از نظر تکامل در حیطه های: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی اجتماعی، موارد کلی ۲- نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی	
۱۰- غربالگری PKU		۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی) ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- سابقه نوبت تست غربالگری کم کاری تیروئید ۶- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تأیید تشخیص منفی		۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی) ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- سابقه نوبت تست غربالگری کم کاری تیروئید ۶- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تأیید تشخیص منفی		۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی) ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- سابقه نوبت تست غربالگری کم کاری تیروئید ۶- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تأیید تشخیص منفی		۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی) ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- سابقه نوبت تست غربالگری کم کاری تیروئید ۶- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تأیید تشخیص منفی	
طبقه بندی		۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU ۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی		۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی		۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی		۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی	
۱۱- غربالگری هیپوتیروئیدی		۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم ۵- دوقلوها و چندقلوها ۶- سابقه بستری در بیمارستان ۷- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۸- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۹- در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹ - ۵ ۱۰- اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان ۱۱- دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه با مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵) ۱۲- نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید پاشنه یا TSH بالای ۱۰ ۱۳- آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T4, free T4) غیر طبیعی ۱۴- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۵- نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (TSH, T4, T4RUP) (طبیعی)		۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم ۵- دوقلوها و چندقلوها ۶- سابقه بستری در بیمارستان ۷- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۸- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۹- در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹ - ۵ ۱۰- اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان ۱۱- دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه با مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵) ۱۲- نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید پاشنه یا TSH بالای ۱۰ ۱۳- آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T4, free T4) غیر طبیعی ۱۴- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۵- نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (TSH, T4, T4RUP) (طبیعی)		۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم ۵- دوقلوها و چندقلوها ۶- سابقه بستری در بیمارستان ۷- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۸- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۹- در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹ - ۵ ۱۰- اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان ۱۱- دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه با مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵) ۱۲- نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید پاشنه یا TSH بالای ۱۰ ۱۳- آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T4, free T4) غیر طبیعی ۱۴- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۵- نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (TSH, T4, T4RUP) (طبیعی)		۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم ۵- دوقلوها و چندقلوها ۶- سابقه بستری در بیمارستان ۷- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۸- نوزادانی که داروهای خاص مصرف کرده‌اند (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۹- در جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹ - ۵ ۱۰- اعلام نمونه نامناسب از طرف آزمایشگاه غربالگری نوزادان ۱۱- دومین بار آزمایش غربالگری کم کاری تیروئید از پاشنه با مثبت (TSH مساوی یا بیشتر از ۵) ۱۲- نتیجه غربالگری نوبت اول کم کاری تیروئید پاشنه یا TSH بالای ۱۰ ۱۳- آزمایش وریدی کم کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T4, free T4) غیر طبیعی ۱۴- نتیجه غربالگری اولیه کم کاری تیروئید از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۵- نتیجه غربالگری مجدد از پاشنه با منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- تست وریدی کم کاری تیروئید منفی (TSH, T4, T4RUP) (طبیعی)	

					۱-نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید ۲-نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا ۳-احتمال کم کاری تیروئید ۴-نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید ۵-کم کاری تیروئید دارد ۶-کم کاری تیروئید ندارد	طبقه‌بندی
					انتخابی(عنوان غربالگری را در ستون مربوط به هرسن ذکر کنید)	۱۲- سایر غربالگری‌ها (منطبق با سن)
					۱-نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲-نتیجه غربالگری غیر طبیعی ۳-طبیعی	طبقه‌بندی
					۱-عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علائم بدنی ۲-گریه‌های طولانی و ممتد کودک ۳-وجود کبودی و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد ۴-خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن ۵-علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار ۶-کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن ۷-همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند	۱۳-بدر رفتاری با کودک
					۱-احتمال بدر رفتاری با کودک ۲-کودکان شاهد خشونت خانگی	طبقه‌بندی
					۱-واکسیناسیون ناقص ۲-واکسیناسیون کامل	۱۴-واکسن
					۱-مصرف ناقص مکمل‌ها ۲-مصرف کامل مکمل‌ها	۱۵-مکمل ویتامینی/آ+د
					۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی	۱۶-منبع تهیه مکمل
					۱-آ+د ۲-آ+د	۱۷-تعداد مکمل (توزیع بخش دولتی)
					۱-ارجاع فوری به مرکز درمانی ۲-ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۳-ارجاع به پزشک خانواده ۴-ارجاع به مشاور تغذیه یا شیر مادر ۵-ارجاع به دندانپزشک ۶-ارجاع به مرکز انجام غربالگری شنوایی ۷-ارجاع به آزمایشگاه ۸-و سایر....	۱۸-ارجاع علت ارجاع در ستون مربوطه ذکر شود
					۱-توصیه‌های تغذیه‌ای انجام شد؟(مشاوره تغذیه یا شیر مادر یا مشاوره تغذیه)	۱۹-توصیه‌ها
					۲-مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودک انجام شد؟	
					۳-مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودک انجام شد؟	
					۴-مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان کودک انجام شد؟	
					۵-مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک انجام شد؟	
					۶-توصیه پیشگیری از حوادث و سوانح انجام شد؟	
					۷-مشاوره با مادر برای رابطه متقابل کودک و والدین انجام شد؟	
					۸-توصیه برای مراقبت از تکامل کودک انجام شد؟	
					۹-در صورت نیاز به مراقبت ویژه کودک زمان مراجعه به مادر تاکید شد؟	
					۱۰-زمان مراجعه مراقبت روتین بعدی به مادر تاکید شد؟	
					۱۱-در مادران واجد شرایط فرزندآوری مشاوره فرزندآوری انجام شد؟	
					۲۰-نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:	

🌟 از ۶ ماهگی می‌توان به جای A+D از مولتی ویتامین با توجه به میزان مورد نیاز مکمل A و D به شیر خوار داد.

					انتخابی (عنوان غربالگری را در ستون مربوط به هرسن ذکر کنید)	۱۳- سایر غربالگری ها (منطبق با سن)
					۱-نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲-نتیجه غربالگری غیر طبیعی ۳-طبیعی	طبقه‌بندی
					۱-عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علامت بدنی ۲-گریه‌های طولانی و ممتد کودک ۳-وجود کبودی و علائمی که مدت‌ها از زمان آن‌ها گذشته باشد ۴-خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن ۵-علائم سوختگی یا آب جوش یا سیگار ۶-کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن ۷-همه کودکانی که مادران آن‌ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند	۱۴-بدرفتاری با کودک
					۱-احتمال بدرفتاری با کودک ۲-کودکان شاهد خشونت خانگی	طبقه‌بندی
					۱-واکسیناسیون ناقص ۲-واکسیناسیون کامل	۱۵-واکسن
					۱-مصرف ناقص ویتامین ۲-مصرف کامل ویتامین ۳-مصرف ناقص آهن ۴-مصرف کامل آهن	۱۶-مکمل ویتامین/آهن
					۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی	۱۷-منبع تهیه ویتامین
					۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی	۱۸-منبع تهیه آهن
					۱-آ+د یا مولتی ویتامین..... ۲-آهن.....	۱۹-تعداد مکمل (توزیع بخش دولتی)
					۱-ارجاع فوری به مرکز درمانی ۲-ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۳-ارجاع به پزشک خانوا ۴-ارجاع به مشاور تغذیه با شیر مادر ۵-ارجاع به دندانپزشک ۶-ارجاع به مرکز انجام غربالگری شنوایی ۷-ارجاع به آزمایشگاه ۸-و سایر.... علت ارجاع در ستون مربوطه ذکر شود	۲۰-ارجاع
					۱-توصیه‌های تغذیه‌ای انجام شد؟(مشاوره تغذیه با شیر مادر یا مشاوره تغذیه)	۲۱-توصیه‌ها
					۲-مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودک انجام شد؟	
					۳-مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودک انجام شد؟	
					۴-مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان کودک انجام شد؟	
					۵-مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک انجام شد؟	
					۶-توصیه پیشگیری از حوادث و سوانح انجام شد؟	
					۷-مشاوره با مادر برای رابطه متقابل کودک و والدین انجام شد؟	
					۸-توصیه برای مراقبت از تکامل کودک انجام شد؟	
					۹-در صورت نیاز به مراقبت ویژه کودک زمان مراجعه به مادر تاکید شد؟	
					۱۰-زمان مراجعه مراقبت روتین بعدی به مادر تاکید شد؟	
					۱۱-در مادران واجد شرایط فرزندآوری مشاوره فرزندآوری انجام شد؟	
					۲۲-نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:	

📌 از ۶ ماهگی می‌توان به جای A+D از مولتی ویتامین با توجه به میزان مورد نیاز مکمل A و D به شیرخوار داد.

۱۲-بدرفتاری باکودک	۱-عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علائم بدنی ۲-گریه های طولانی و ممتد ۳-وجود کبودی و علائمی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد ۴-خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن ۵-علائم سوختگی با آب جوش یا سیگار ۶-کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۷-همه کودکانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غریبال مثبت شده اند
طبقه بندی	۱-احتمال بدرفتاری با کودک ۲-کودکان شاهد خشونت خانگی
۱۳-فرزندآوری مادر	۱-کمتر از ۳ فرزند ۲-سن کوچکترین فرزندتان بیشتر از ۳۰ ماه ۳-خواستار فرزند بیشتر(زوجین) ۴-دارای شرایط خاص برای دریافت خدمات فاصله گذاری(بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد)
طبقه بندی	۱-واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره باروری سالم ۲-واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری ۳-واجد شرایط فرزندآوری
۱۴-واکسن	۱-واکسیناسیون ناقص ۲-واکسیناسیون کامل
۱۵-مکمل ویتامین/آهن	۱-مصرف ناقص ویتامین ۲-مصرف کامل ویتامین ۳-مصرف ناقص آهن ۴-مصرف کامل آهن
۱۶-منبع تهیه ویتامین	۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی
منبع تهیه آهن	۱-بخش دولتی ۲-بخش خصوصی
۱۷-تعداد مکمل (توزیع بخش دولتی)	۱-آ+د یا ملتی ویتامین..... ۲-آهن.....
۱۸-ارجاع	۱-ارجاع فوری به مرکز درمانی ۲-ارجاع به پزشک جامع سلامت ۳-ارجاع به پزشک خانواده ۴-ارجاع به مشاور تغذیه با شیر مادر ۵-ارجاع به دندانپزشک ۶-ارجاع به مرکز انجام غربالگری شنوایی ۷-ارجاع به آزمایشگاه ۸-و سایر.... علت ارجاع در ستون مربوطه ذکر شود
۱۹-توصیه ها	-توصیه های تغذیه ای انجام شد؟(مشاوره تغذیه با شیر مادر یا مشاوره تغذیه) ۲-مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودک انجام شد؟ ۳-مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودک انجام شد؟ ۴-مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان کودک انجام شد؟ ۵-مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک انجام شد؟ ۶-توصیه پیشگیری از حوادث و سوانح انجام شد؟ ۷-مشاوره با مادر برای رابطه متقابل کودک و والدین انجام شد؟ ۸-توصیه برای مراقبت از تکامل کودک انجام شد؟ ۹-در صورت نیاز به مراقبت ویژه کودک زمان مراجعه به مادر تاکید شد؟ ۱۰-زمان مراجعه مراقبت روتین بعدی به مادر تاکید شد؟ ۱۱-در مادران واجد شرایط فرزندآوری مشاوره فرزندآوری انجام شد؟
۲۰-نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:	

ویزیت‌های مراقبت سلامت							
۵ سالگی		۴ سالگی		۳ سالگی		۲.۵ سالگی	
تاریخ	کد	تاریخ	کد	تاریخ	کد	تاریخ	کد
پیگیری	طبقه‌بندی	پیگیری	طبقه‌بندی	پیگیری	طبقه‌بندی	پیگیری	طبقه‌بندی
سوال کنید: ۱- قادر به نوشیدن و شیر خوردن نیست ۲- استفراغ مکرر ۳- تشنج نگاه کنید: ۴- بیحالی و خواب‌الودگی غیر عادی							
۱- نشانه خطر							
۱- بیماری خیلی شدید ۲- علامت و نشانه‌های خطر ندارد							
۱- پایین z-score -۲ ۲- مساوی z-score -۲ تا کمتر از z-score -۲ ۳- بیشتر از z-score +۱							
۲- وزن برای سن							
۱- کم‌وزنی شدید ۲- کم‌وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی							
۱- کم‌وزنی شدید ۲- کم‌وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی							
۱- پایین z-score -۲ ۲- مساوی z-score -۲ تا کمتر از z-score -۲ ۳- بیشتر از z-score +۲							
۲- سن							
۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی							
۱- پایین z-score -۲ ۲- مساوی z-score -۲ تا کمتر از z-score -۲ ۳- بیشتر از z-score +۲							
۴- وزن برای قد							
۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی							
۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط ۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر ۴- مشکل دندانی ندارد							
۱- درد ۲- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۳- تورم و قرمزی لثه ۴- تورم صورت ۵- نشانه‌های ضربه ۶- پوسیدگی زودرس دوران کودکی ۷- تأخیر رویش دندان‌ها ۸- وجود پلاک روی دندان‌ها ۹- مکیدن‌های غیر تغذیه‌ای (بعد از ۴ سالگی) ۱۰- عدم همکاری والدین در مسواک زدن کودک یا مسواک زدن کودک ۱۱- عدم استفاده از خمیر دندان فلورایددار و یا فلوراید‌های مکمل ۱۲- اضافه شدن تعداد پوسیدگی‌های دندان در فواصل مراقبت‌ها ۱۳- استفاده از قندها یا میان وعده‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده‌های غذایی ۱۴- عدم انجام واریش فلوراید ۱۵- عدم وجود هر یک از نشانه‌های فوق							
۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط دارد یا خطر متوسط ۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر ۴- مشکل دندانی ندارد							
۱- ظاهر چشم غیرطبیعی ۲- هم راستا نبودن چشم‌ها ۳- جاماندن از برنامه غربالگری تنبلی چشم ۴- حدت بینایی کمتر از هفت دهم ۵- اختلاف حدت بینایی بین دو چشم به اندازه دو خط یا بیشتر							
۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم / بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد							
۱- آیا تست غربالگری شنوایی در دوران نوزادی انجام شده است؟ ۲- سابقه عفونت‌های دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV) ۳- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰-۴ سابقه زردی شدید یا انجام فتو تراپی یا تعویض خون در دوره نوزادی ۵- سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیشتر از ۵ روز ۶- سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک ۷- آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ ۸- آیا تصادف تلویزیون یا بادبزن یا بادبزن می‌کنند؟ (دیگران نسبت به حجم صدا اعتراض دارند)							
۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی / گوش ۳- مشکل شنوایی / گوش ندارد							
۱- می‌تواند درجا بالا و پایین ببرد؟ ۲- می‌تواند کشیدن دایره (گردی) را تقلید کند؟ ۳- به کودکان دیگر توجه می‌کند؟ / به افرادی غیر از اعضای خانواده واکنش نشان می‌دهد؟ ۴- دوست دارد با کودکان دیگر هم بازی شود و بازی‌های وانمودی مثل خاله بازی یا دزد و پلیس کند؟ ۵- می‌تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ ۶- از دستورات ۳ مرحله‌ای پیروی می‌کند؟ (مثل: برو ، توبت را بردار ، بیاور) ۷- مفهوم "مثل هم بودن" و "فرق داشتن" را درک می‌کند؟ ۸- از ضمائر "من و تو" درست استفاده می‌کند؟ ۹- واضح حرف می‌زند؟ ۱۰- اغلب در مقابل لباس پوشیدن / خوابیدن / خوابیدن / دستشویی رفتن مقاومت (لج‌بازی) می‌کند؟ ۱۱- آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الان نمی‌تواند؟							
۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- طبیعی							
۱۰- غربالگری تکامل پرسشنامه تست غربالگر استاندارد تکمیل شود (ASQ): (۱) امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از ۲SD - و یا امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان کمتر از ۱SD - و یا پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد (۲) امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱SD - و ۲SD - (۳) امتیاز تست غربالگر استاندارد ۱SD - و بالاتر							
۱- نیازمند ارجاع از نظر تکامل در حیطه‌های: برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله، شخصی اجتماعی، موارد کلی ۲- نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی							
۱- انجام ندادن آزمایش (تا ۳ سالگی) ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ ۶- نمونه ارسالی تست تأیید روی کاغذ فیلتر: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- نمونه ارسالی تست تأیید روی نمونه سرم: فنیل آلانین مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب PKU تأیید شده است ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تأیید تشخیص منفی							
۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU ۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی							

همگانی	فشار خون.....	فشار خون.....	فشار خون.....						۱۲- سایر غربالگری ها (منظ بق سن
انتخابی									
طبقه بندی									۱-نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری ۲-نتیجه غربالگری غیر طبیعی ۳-طبیعی
۱۳-بدرفتاری باکودک	۱-عدم تناسب توضیحات مادر با نوع علامت بدنی ۲-گریه های طولانی و ممتد کودک ۳-وجود کبودی و علامتی که مدت ها از زمان آن ها گذشته باشد ۴-خونمردگی یا شکستگی در اعضای مختلف بدن ۵-علامت سوختگی با آب جوش یا سیگار ۶-کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۷-همه کودکانی که مادران آن ها قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده اند								
طبقه بندی									۱-احتمال بد رفتاری با کودک ۲-کودکان شاهد خشونت خانگی
۱۴- فرزندآوری مادر	۱-کمتر از ۳ فرزند ۲-سن کوچکترین فرزندتان بیشتر از ۳۰ ماه ۳-خواستار فرزندبیشتر(زوجین) ۴-دارای شرایط خاص برای دریافت خدمات فاصله گذاری(بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد)								
طبقه بندی									۱-واجد شرایط دریافت خدمات مشاوره باروری سالم ۲-واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری ۳-واجد شرایط فرزندآوری
۱۵-واکسن									۱-واکسیناسیون ناقص ۲-واکسیناسیون کامل
۱۶-ارجاع									۱-ارجاع فوری به مرکز درمانی ۲-ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ۳-ارجاع به پزشک خانواده ۴-ارجاع به مشاور تغذیه با شیر مادر ۵-ارجاع به دندانپزشک ۶-ارجاع به مرکز انجام غربالگری شنوایی ۷-ارجاع به آزمایشگاه ۸-و سایر.... علت ارجاع در ستون مربوطه ذکر شود
۱۷-توصیه ها									۱-توصیه های تغذیه ای انجام شد؟ ۲-مشاوره با مادر برای سلامت چشم کودک انجام شد؟ ۳-مشاوره با مادر برای سلامت گوش کودک انجام شد؟ ۴-مشاوره با مادر برای سلامت دهان و دندان کودک انجام شد؟ ۵-مشاوره با مادر در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامت کودک انجام شد؟ ۶-توصیه پیشگیری از حوادث و سوانح انجام شد؟ ۷-مشاوره با مادر برای رابطه متقابل کودک و والدین انجام شد؟ ۸-توصیه برای مراقبت از تکامل کودک انجام شد؟ ۹-در صورت نیاز به مراقبت ویژه کودک زمان مراجعه به مادر تاکید شد؟ ۱۰-زمان مراجعه مراقبت روتین بعدی به مادر تاکید شد؟ ۱۱-در مادران واجد شرایط فرزندآوری مشاوره فرزندآوری انجام شد؟
۱۸- نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:									

*****در ۴۲ ماهگی و ۵۴ ماهگی واریش فلوراید برای کودک انجام شود**