



هوالحکیم

شماره پرونده:	بیمارستان:
نام خانوادگی پدر:	نظام مراقبت تخصصی نوزادان - ۱۳۹۵
پزشک معالج:	

بستری در بخش: مراقبت ویژه نوزادان (NICU) مراقبت تخصصی نوزادان (NSCU) نوبت بستری:

تاریخ و ساعت پذیرش: چگونگی پذیرش: بعد از تولد در همین بیمارستان انتقال از بیمارستان دیگر از منزل یا سایر

نام بیمارستان ارجاع دهنده: شماره تلفن همراه یکی از والدین:

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

نیازمند احیاء در هنگام بستری در حال دریافت تهویه با لوله نای در حال دریافت NCPAP دیسترس تنفسی سیانوتیک شوک /کما

آریتمی تشنج بیقراری هیپوتون ناهنجاری نیاز به عمل جراحی هیپوگلیسمی اشکال در تغذیه

هیپوترم شک به عفونت زردی نارسی ROP نیازمند درمان سایر موارد:

وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری	BE هنگام بستری
.....

محل تولد نوزاد: همین بیمارستان بیمارستان دیگر منزل در راه انتقال سایر

نام بیمارستان محل تولد:

ملیت مادر ایرانی غیر ایرانی کد ملی مادر:

مرتبۀ نوزاد(قل):

مشخصات مادر نوزاد

نام و نام خانوادگی مادر: تاریخ تولد مادر: نسبت خویشاوندی: دارد ندارد

آدرس محل زندگی: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا:

نوع بیمه مادر: تحصیلات مادر: تعداد قل: شماره تلفن همراه پدر یا مادر:

تعداد بارداری (G): تعداد زایمان قبلی (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزندان زنده (از حاملگی های قبلی):

مرگ نوزاد قبلی: بله خیر سابقه مرده زایی: بله خیر تجویز کورتیکواستروئید: کامل ناقص نگرفته است

عوامل خطر بارداری: عوامل خطر وجود ندارد فشارخون مزمن پره اکلامپسی/اکلامپسی بیماری قلبی بیماری تیروئید آنمی در زمان بستری دیابت بارداری دیابت غیر بارداری سیگار مادر در بارداری اخیر اعتیاد مادر به مواد مخدر یا دارو HIV+ VDRL+ هیپاتیت B هیپاتیت C کوریوآمنیونیت عفونت ادراری تناسلی سایر بیماری های زمینه ای مادر:

عوامل خطر زایمانی: عامل خطر ندارد پارگی زودرس کیسه آب - مدت: ساعت دکلمان جفت آغشته به مگنیم

عوارض زایمان: عوارضی وجود ندارد پارگی درجه ۳ و ۴ دریافت خون و فرآورده های آن سایر:

مداخله های حین زایمان: مداخله ای نشده اپی زیوتومی القای زایمان تقویت دردهای زایمان 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"/> مهم	مرتبۀ تولد:
وزن تولد:	قد تولد:	دور سر تولد:	IUGR: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین	علت سزارین:	سن بارداری (هفته):	
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			
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		
آپکار دقیقه ۱: آپکار دقیقه ۵:	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		

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"/>	
اداری تناسلی: <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>	سندرم دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/>	پنومونی <input type="checkbox"/>	سندرم دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/>
سندرم آسپیراسیون مگونیوم <input type="checkbox"/>	مجرای شریانی باز: <input type="radio"/> توسط اکو <input type="radio"/> بالینی <input type="radio"/>	سندرم های 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 شریانی 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="checkbox"/>	عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	عفونت زودرس: <input type="radio"/> کشت منفی <input type="radio"/> کشت مثبت: <input type="checkbox"/>	عفونت: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
مننژیت <input type="checkbox"/>	مننژیت <input type="checkbox"/>	مننژیت <input type="checkbox"/>	مننژیت <input type="checkbox"/>	
بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/>	دهیدراتاسیون هیپرناترمیک <input type="checkbox"/>	بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/>	هیپوتیروئیدی <input type="checkbox"/>	متابولیک: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
هیپوگلیسمی: <input type="radio"/> گذرا <input type="radio"/> مقاوم <input type="radio"/>	هیپوکلسمی <input type="checkbox"/>	هیپوگلیسمی: <input type="radio"/> گذرا <input type="radio"/> مقاوم <input type="radio"/>	هیپوکلسمی <input type="checkbox"/>	
اشکال در تغذیه <input type="checkbox"/>	انترلوکیت نکران (NEC): <input type="radio"/> مرحله ۱ <input type="radio"/> مرحله ۲ <input type="radio"/> مرحله ۳ <input type="radio"/>	اشکال در تغذیه <input type="checkbox"/>	انترلوکیت نکران (NEC): <input type="radio"/> مرحله ۱ <input type="radio"/> مرحله ۲ <input type="radio"/> مرحله ۳ <input type="radio"/>	گوارشی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
زردی <input type="checkbox"/>	کرن ایکتروس <input type="checkbox"/>	زردی <input type="checkbox"/>	کرن ایکتروس <input type="checkbox"/>	زردی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
اختلالات ناشناخته <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/>	اختلالات ناشناخته <input type="checkbox"/>	سایر: <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 تهویه 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:	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:	نوبت چهارم: نوع سورفاکتانت: مقدار به CC: شیوه تجویز: ساعت بعد از تولد:	تجویز سورفاکتانت: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
تعداد دفعات:				
استفاده از PICC: <input type="checkbox"/>	مدت به روز:	گذاشتن چست تیوب <input type="checkbox"/>	دفعات:	مداخلات درمانی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
استفاده از کاتتر ورید نافی: <input type="checkbox"/>	مدت به روز:	تجویز گلبول 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		
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"/>	انتقال به سایر بیمارستان ها <input type="radio"/>	فوت نوزاد <input type="radio"/>
نوع تغذیه هنگام ترخیص: <input type="radio"/> شیر مادر <input type="radio"/> شیر مصنوعی <input type="radio"/>	شیر مادر و شیر مصنوعی <input type="radio"/>	شیر مادر تقویت شده با BMF <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"/>			
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"/>			
انتقال نوزاد به بیمارستان: <input type="checkbox"/>			
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"/>			
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: