



بیمارستان فارابی  
قطب علمی چشم پزشکی



اداره سلامت نوزادان

## اطلاعات بیمارستانی سامانه غربالگری رتینوپاتی نارس

این فرم توسط بیمارستان یا موسسات درگیر در فرایند رتینوپاتی نارس تکمیل گردد

### مشخصات بیمارستان

نام دانشگاه: ..... نام شهرستان: ..... نام بیمارستان: .....

آیا بیمارستان مرکز درمانی تک تخصصی چشم پزشکی است؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان مرکز درمان زنان و مامایی و نوزادان تلقی می شود؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان یک مرکز درمانی عمومی (دارای تمامی تخصص ها) می باشد؟  
بله  خیر

آیا دارای کلینیک ROP می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان دارای گروه چشم پزشکی می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان دارای دستگاه رتکم می باشد؟  
بله  خیر  تعداد: .....

### مشخصات بخش های نوزادان

آیا داری بخش مراقبت ویژه نوزادان می باشد؟  
بله  خیر

آیا داری بخش مراقبت تخصص نوزادان می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان دارای فوق تخصص نوزادان می باشد؟  
بله  خیر

نام و نام خانودگی سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان  
تلفن همراه: .....

نام و نام خانودگی سرپرستار بخش مراقبت تخصصی نوزادان  
تلفن همراه: .....

نام و نام خانودگی مسئول ROP بیمارستان؟  
تلفن همراه: .....

آیا غربالگری ROP با رتکم توسط فردی غیر از چشم پزشک صورت می گیرد؟  
بله  خیر

تعداد تخت: .....

تعداد تخت: .....

تعداد: .....

آدرس ایمیل: .....

آدرس ایمیل: .....

آدرس ایمیل: .....

### معرفی افراد گیرنده تصاویر شبکه چشم توسط رتکم (غیر پزشک)

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: .....

شماره تلفن همراه: ..... آدرس ایمیل: .....

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: .....

شماره تلفن همراه: ..... آدرس ایمیل: .....

مدرک تحصیلی: .....

مدرک تحصیلی: .....

### مشخصات بخش / کلینیک چشم

آیا بیمارستان دارای متخصص چشم دوره دیده غربالگری ROP می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان دارای فوق تخصص شبکه می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان قادر به انجام عمل جراحی ویژه ROP می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان قادر به انجام لیزر شبکه چشم برای درمان ROP می باشد؟  
بله  خیر

آیا بیمارستان قادر به انجام نوزیق داخل فوندوس چشم برای درمان ROP می باشد؟  
بله  خیر

تعداد: .....

تعداد: .....

بله  خیر

بله  خیر

### معرفی چشم پزشک / ان فعال در غربالگری چشم نوزاد

در این لینک اطلاعات چشم پزشک را وارد نمایید:

<http://www.iman.health.gov.ir/sites/1398/Lists/RopAmel/AllItems.aspx>

نام و نام خانوادگی: ..... شماره نظام پزشکی: .....

شماره تلفن همراه: .....

آدرس ایمیل: ..... نوع ارتباط با بیمارستان: .....