

شرح فرم ثبت موارد غربالگری نوزادان بستری در بیمارستان

کار بر : مرکز بهداشت شهرستان ، کارشناس نمونه گیرمراکز غربالگری نوزادان، کارشناس نمونه گیربیمارستان

برای کلیه نوزادانی که به هر دلیلی نظیر تعویض خون ، نارسی نوزاد ، وزن کم و در بیمارستان بستری شده و آزمایش غربالگری را انجام نداده اند . نمونه فیلتر جهت انجام آزمایشات غربالگری نوزادان گرفته می شود و سپس این فرم تکمیل می گردد.. این فرم به صورت دو نسخه ای تهیه شده و یک نسخه از آن به صورت ماهانه به مرکز بهداشت ارسال می گردد و نمونه دوم در بخش بستری نوزادان بایگانی می گردد. در صورتیکه در یک ماه هیچ مورد نمونه گیری غربالگری نوزادی در بیمارستان وجود نداشته باشد فرم مربوطه به عنوان آمار صفر به معاونت بهداشتی دانشگاه پوشش دهنده بیمارستان ارسال می گردد.

❖ در ردیف ۱ و ۲ نام و نام خانوادگی و مشخصات نوزاد ثبت می گردد .

❖ در ردیف ۳ تاریخ تولد به روز، ماه و سال ذکر می گردد .

❖ در ردیف ۴ محل ثبت آدرس محل سکونت است که باید به صورت کامل ذکر شود. این آدرسها تنها وسیله برای پیگیری نوزادان دارای جواب آزمایش غیر طبیعی می باشد .

❖ در ردیف ۵ علت بستری نوزاد که در پرونده به عنوان تشخیص اولیه پزشک ذکر می گردد ثبت شود .

❖ در ردیف ۶ تاریخ نمونه گیری در بیمارستان به صورت کامل روز و ماه ذکر گردد

❖ در صورتی که نمونه گیری در ۳-۵ روزگی نوزاد انجام شده باشد در قسمت نوبت اول ثبت می شد و اگر نوزادی که سابقه بستری داشته و در روز ۸-۱۴ پس از تولد کماکان در بیمارستان بستری بوده و یا مجدد به هر علتی در بیمارستان بستری شده است ضروری است نمونه غربالگری دوم نیز در بیمارستان انجام شده و تاریخ آن در قسمت تاریخ نمونه دوم ثبت می شود

❖ در ستون ۸ علت تکرار ذکر می گردد.

❖ در ستون ۹ نام و نام خانوادگی فرد نمونه گیر ذکر میگردد.

❖ در پایان هرماه فرم آماری به مرکز بهداشت اعلام می گردد.