



بیمارستان فـارابی

قطب علمی چشم پزشکی

فرم گزارش غربالگری رتینوپاتی ناری

این فرم توسط چشم پزشک تکمیل می شود



اداره سلامت نوزادان

سن حاملگی هنگام تولد	وزن تولد	تاریخ تولد نوزاد	شماره پرونده نوزاد	شماره پیگیری ROP
چشم پزشک مفسر / شماره نظام	تاریخ تفسیر / معاینه	تصویر بردار	تاریخ تصویر برداری	تعداد تصاویر

<p>چشم چپ</p> <p>کیفیت تصاویر: <input type="radio"/> قابل تفسیر <input type="radio"/> غیر قابل تفسیر</p> <p>شفافیت مسیر بینایی (Media): <input type="radio"/> شفاف (Clear) <input type="radio"/> کدر (Hazy)</p> <p>منطقه (Zone): <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3</p> <p>مرحله رتینوپاتی (stage): <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>شدت فعالیت عروقی (Plus): <input type="radio"/> بدون پلاس <input type="radio"/> پره پلاس <input type="radio"/> پلاس</p>	<p>چشم راست</p> <p>کیفیت تصاویر: <input type="radio"/> قابل تفسیر <input type="radio"/> غیر قابل تفسیر</p> <p>شفافیت مسیر بینایی (Media): <input type="radio"/> شفاف (Clear) <input type="radio"/> کدر (Hazy)</p> <p>منطقه (Zone): <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3</p> <p>مرحله رتینوپاتی (stage): <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>شدت فعالیت عروقی (Plus): <input type="radio"/> بدون پلاس <input type="radio"/> پره پلاس <input type="radio"/> پلاس</p>
---	---

نیاز به پیگیری ندارد <input type="radio"/>	نیاز به پیگیری دارد <input type="radio"/>	نیاز به پیگیری ندارد <input type="radio"/>	نیاز به پیگیری دارد <input type="radio"/>
ارجاع برای درمان <input type="radio"/>	ارجاع تصاویر <input type="radio"/>	ارجاع برای درمان <input type="radio"/>	ارجاع تصاویر <input type="radio"/>
۳ روز دیگر <input type="radio"/>	۱ هفته دیگر <input type="radio"/>	۲ هفته دیگر <input type="radio"/>	۳ هفته دیگر <input type="radio"/>

تاریخ نوبت بعدی			
بیمارستان مورد نوبت گیری:	<input type="checkbox"/> همان بیمارستان	دانشگاه:
بیمارستان مورد ارجاع برای درمان:	<input type="checkbox"/> همان بیمارستان	دانشگاه:
ارجاع تصاویر به چشم پزشک:	<input type="checkbox"/> همان بیمارستان	دانشگاه:
ارجاع بیمار به چشم پزشک:	<input type="checkbox"/> همان بیمارستان	دانشگاه:

توضیحات:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی پزشک:	شماره نظام پزشکی:
امضا پزشک:	