



بیمارستان فارابی  
قطب علمی چشم پزشکی

## فرم نوبت گیری رتینوپاتی ناریسی

توصیه می شود در پایان هفته نخست حیات نوزادان دارای ضرورت غربالگری\* نوبت گیری صورت گیرد



### مشخصات مادر و نوزاد

نام و نام خانوادگی مادر .....	تاریخ تولد مادر .....	ملیت مادر ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی <input type="radio"/>	شماره ملی مادر .....	فاقد شماره ملی <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی نوزاد .....	شماره پرونده نوزاد .....	تاریخ تولد نوزاد .....	شماره تلفن همراه والدین .....	شماره تلفن ثابت والدین .....
وزن تولد .....	سن حاملگی هنگام تولد .....	جنسیت مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم <input type="radio"/>	تعداد قل (چند عدد قل؟) .....	رتبه قل (قل چندم؟) .....
استان محل سکونت .....	شهرستان محل سکونت .....	محل تولد نوزاد بیمارستان <input type="radio"/> خارج بیمارستان <input type="radio"/>	محل سکونت والدین شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> عشایر <input type="radio"/>	

آدرس دقیق محل سکونت والدین: ..... کد پستی: .....

### وضعیت نوزاد

وضعیت بستری نوزاد:  بستری در بیمارستان است  در حال ترخیص است  به صورت سرپایی

وزن هم اکنون نوزاد: ..... سن بارداری هم اکنون: .....

### مشخصات بیمارستان یا کلینیک مورد نوبت گیری

دانشگاه .....	شهرستان .....	بیمارستان، کلینیک یا مطب خصوصی .....
------------------	------------------	---

شماره پیکری ROP: ..... بهترین تاریخ اولین معاینه رتینوپاتی ناریسی: .....

### توضیحات

\* راهنمای بالینی غربالگری رتینوپاتی ناریسی: توصیه می شود در تمام نوزادان با سن بارداری ۳۴ هفته یا کمتر و/یا وزن تولد ۲۰۰۰ گرم یا کمتر فارغ از آن که در معرض تهویه مصنوعی یا تجویز اکسیژن یا هرگونه عامل خطر دیگری بوده اند غربالری رتینوپاتی ناریسی صورت گیرد.