



نظام مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان - ۱۳۹۸

برای تمام نوزادان یا شیرخواران بستری شده در بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان تکمیل گردد



شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی: **تاریخ بستری:** **ساعت:** **بستری در بخش:**

چگونگی پذیرش: بعد از تولد در همان بیمارستان انتقال از بیمارستان دیگر مراجعه از منزل (سابقه بستری در بیمارستان ندارد)
 نوزاد سر راهی / انتقال از بهزیستی ارجاع بلافاصله بعد از زایمان در خارج بیمارستان (تسهیلات زایمانی، مطب، ...)

آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است؟ بله خیر **محل زایمان:** بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل در مسیر انتقال سایر

مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده: **مشخصات بیمارستان محل تولد:**

آیا در بیمارستان ارجاع دهنده نوزاد تحت تهویه کمکی بوده است؟ بله خیر **نوع تهویه کمکی قبل از انتقال:** تهویه تهاجمی (با لوله تراشه) تهویه غیر تهاجمی (بدون لوله تراشه)

آیا تجویز سورفکتانت در طی ۷۲ ساعت بعد از تولد صورت گرفته است؟ بله خیر

وضعیت نوزاد هنگام ورود به بخش

نیاز به احیا	دیسترس تنفسی	قلب و عروق	عصبی	ناهنجاری ارثی/جراحی	حوادث/صدمات زایمانی
<input type="checkbox"/> در بدو ورود به بخش احیا شد: <input type="checkbox"/> در حال تهویه با لوله تراشه بود <input type="checkbox"/> شوک یا برادیکاردی	<input type="checkbox"/> (این گزینه را در صورت نیاز به PPV یا فشردن قفسه سینه در بدو بستری انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> در حال تهویه با سیپاپ بود <input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی / تاکی پنه	<input type="checkbox"/> سیانوز / افت O2SAT	<input type="checkbox"/> شلی / هیپوتونی <input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="checkbox"/> اتساع شکم / نیاز به جراحی	<input type="checkbox"/> صدمات زایمانی <input type="checkbox"/> شک به آسفیکسی/HIE
قند خون و تغذیه	دمای بدن	عفونت / سپسیس	زردی / هماتولوژیک	موارد دیگر	
<input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> اشکال در تغذیه / استفراغ <input type="checkbox"/> کم آبی / دهیدراتاسیون	<input type="checkbox"/> هیپوترمی <input type="checkbox"/> هیپرترمی / تب	<input type="checkbox"/> شک به عفونت <input type="checkbox"/> بی حالی / خوب شیر نخوردن	<input type="checkbox"/> زردی / ایکتر <input type="checkbox"/> خونریزی	
وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری	چند قلو؟	قل چندم؟	

مشخصات مادر نوزاد

نام و نام خانوادگی مادر	سال تولد مادر	ملیت مادر	کد ملی مادر	فاقد کد ملی
.....	<input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	<input type="checkbox"/>

اطلاعات زایمانی نوزاد

محل سکونت دائم مادر: شهر روستا عشایر **نشانی محل زندگی:** استان: شهرستان: شماره تلفن همراه مادر یا پدر:

نوع بیمه: **میزان تحصیلات مادر:**

مرگ نوزاد قبلی: بله خیر **سابقه مرده زایی:** بله خیر **تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR):** بله خیر

گروه خونی مادر: O A B AB -RH +RH

عوامل خطر بارداری: فشارخون مزمن بیماری اتوایمیون دیابت غیر بارداری اختلال تیروئیدی

بیماری مادر: فشارخون مزمن هیپرتیوتیسم دیابت بارداری پره اگلامپسی / اگلامپسی

عفونت: کوریبکتریال هیپرتیوتیسم پیلونفریت

بیماری ناشی از بارداری: دیابت بارداری پره اگلامپسی / اگلامپسی

سوء مصرف مواد: سیگار و دخانیات در بارداری اخیر اعتیاد مادر به مواد مخدر اعتیاد مادر به روانگردان مشروبات الکلی در دوران بارداری

عوامل خطر زایمانی: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت آغستگی به مکنونیوم ضربان قلب جنینی مختل دکلمان جفت

مداخله های حین زایمان: القا یا تقویت درد زایمان استفاده از فورسیس یا واکيوم بله خیر

مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد نوزاد: **ساعت تولد:** **جنسیت:** مذکر مونث مبهم **وزن (گرم):** **سن بارداری:**

دور سر (cm): **قد (cm):** **فرجام نوزادی زایمان:** انتقال نزد مادر بستری در همان بیمارستان انتقال به بیمارستان دیگر

نوع زایمان: واژینال سزارین **افراد حاضر در** ماما متخصص زنان و زایمان دستیار تخصصی زنان و زایمان پرستار احیا نوزاد (شاغل در بخش نوزادان/NICU) **عملیات احیاء** متخصص اطفال دستیار تخصصی اطفال فوق تخصص نوزادان دستیار فوق تخصصی نوزادان پزشک بیهوشی

پیشرفت عملیات احیا: نیازی به احیا نداشته است CPAP PPV فشردن قفسه سینه تجویز دارو **لوله گذاری تراشه برای تهویه:** بله خیر

نمره آپگار دقیقه اول: **نمره آپگار دقیقه ۵:** **نمره آپگار دقیقه ۱۰:** **نمره آپگار دقیقه ۲۰:**

مهر و امضا:

پرستار تکمیل کننده این صفحه:

تشخیص نهایی و تشخیص حین درمان

سیستم عصبی: <input type="checkbox"/>	گوارشی: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	ناهنجاری بدو تولد (ارثی): <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
قلبی عروقی: <input type="checkbox"/>	ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/>	چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>	
تنفسی: <input type="checkbox"/>	اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/>	اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/>	
سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/>	تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN) <input type="checkbox"/>	پنومونی <input type="checkbox"/>	بیماری تنفسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سندرم آپیراسیون مکنونیوم (MAS) <input type="checkbox"/>	پنوموتوراکس یا سایر سندرم های نشت هوا (پنومومدیاستن، PIE) <input type="checkbox"/>		
هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی): <input type="checkbox"/>	خفیف <input type="checkbox"/> خفیف تا متوسط <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> متوسط تا شدید <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>	بیماری اعصاب: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
تشنج <input type="checkbox"/>	سندرم محرومیت <input type="checkbox"/>	کرن ایکتروس <input type="checkbox"/>	
خونریزی داخل بطنی (IVH) درجه: <input type="checkbox"/> ۱ (ساب پاندمال) <input type="checkbox"/> ۲ (داخل بطن های مغز) <input type="checkbox"/> ۳ (وتتریکولومگالی) <input type="checkbox"/> ۴ (داخل نسج مغز) <input type="checkbox"/>			
عفونت در بدو بستری (سپسیس/اریوی/ادرار/منزیت در ۷۲ ساعت نخست): <input type="checkbox"/>	کشت مثبت <input type="checkbox"/> کشت منفی <input type="checkbox"/>	منزیت: <input type="checkbox"/>	عفونت: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
عفونت بیمارستانی (سپسیس/اریوی/ادرار/منزیت بعد از ۷۲ ساعت بستری): <input type="checkbox"/>	کشت مثبت <input type="checkbox"/> کشت منفی <input type="checkbox"/>		
هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/>	هیپوتیرویدی <input type="checkbox"/>	بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/>	متابولیک: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اشکال در تغذیه <input type="checkbox"/>	انترلوکیت نکروزان (NEC) مرحله: <input type="checkbox"/> I (شک به NEC) <input type="checkbox"/> II (شواهد رادیولوژیک) <input type="checkbox"/> III (پارگی روده) <input type="checkbox"/>		گوارشی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
شکستگی استخوان (مانند ترقوه) <input type="checkbox"/>	فلج ارب دوشن <input type="checkbox"/>	فلج کلامپیک <input type="checkbox"/>	صدمات زایمانی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
زردی <input type="checkbox"/>	نارسی / وزن تولد پایین <input type="checkbox"/>	ناشناخته <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	در هیچ کدام از تشخیص های دسته بندی شده نمی گنجد.		

اقدامات تشخیصی، آزمایشات

مقدار بیلروبین بدو ورود: <input type="checkbox"/>	بالاترین مقدار بیلروبین ثبت شده: <input type="checkbox"/>	مقدار بیلروبین هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>	گروه خونی نوزاد: <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
قند خون نوزاد بدو ورود: <input type="checkbox"/>	پایین ترین مقدار قند خون: <input type="checkbox"/>	BE هنگام بستری: <input type="checkbox"/>	BE وجود در پرونده <input type="checkbox"/>
سونوگرافی از نظر IVH: <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد دفعات: <input type="checkbox"/>	انجام غربالگری تیروئید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
میکرواورگانیزم/های گشت شده: <input type="checkbox"/>	استاف اورنوس <input type="checkbox"/>	استاف کواگولاز منفی <input type="checkbox"/>	استرپتوکوک گروه B <input type="checkbox"/>
	انتروباکتر <input type="checkbox"/>	ایکولای <input type="checkbox"/>	کلبسیلا <input type="checkbox"/>
			سودومونا <input type="checkbox"/>
			کاندیدا <input type="checkbox"/>
			موارد دیگر: <input type="checkbox"/>
غربالگری رتینوپاتی ناری (ROP): <input type="checkbox"/>	نیاز به غربالگری ندارد <input type="checkbox"/>	نوبت ROP گرفته شده است <input type="checkbox"/>	انجام غربالگری در طی بستری: <input type="checkbox"/>
			بر بالین بیمار / همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
			انتقال به بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری) در این بیمارستان

حمایت تنفسی: <input type="checkbox"/>	اکسیژن درمانی (زیر هود / داخل اینکوباتور/کانولا/ماسک) : مدت زمان به روز (کمتر از ۲۴ ساعت یک روز حساب شود) <input type="checkbox"/>
	تهویه غیر تهاجمی (بدون لوله تراشه مانند: سیپاپ / دوپاپ / NIPPV/SiPAP / بای فایک / HFNC) : مدت زمان به روز (کمتر از ۲۴ ساعت یک روز حساب شود) <input type="checkbox"/>
	تهویه مکانیکی تهاجمی (با لوله تراشه مانند: IMV/SiMV/HFO و غیره) : مدت زمان به روز (کمتر از ۲۴ ساعت یک روز حساب شود) <input type="checkbox"/>
نوبت <input type="checkbox"/>	نوع سورفاکتانت: <input type="checkbox"/>
اول <input type="checkbox"/>	شویه تجویز: <input type="checkbox"/> InSurE <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> MIST <input type="checkbox"/>
دوم <input type="checkbox"/>	سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز <input type="checkbox"/>
سوم <input type="checkbox"/>	مقدار به سی سی <input type="checkbox"/>
چهارم <input type="checkbox"/>	تعداد دفعات: <input type="checkbox"/>
بیماری مزمن ربوی (نیاز به اکسیژن در روز ۲۸ تولد) (CLD): <input type="checkbox"/>	تجویز کوتیکو استروئید به منظور درمان CLD <input type="checkbox"/>
عوارض مزمن مغزی: <input type="checkbox"/>	لوکومالسی اطراف بطنی (PVL) <input type="checkbox"/>
رتینوپاتی ناریسی: <input type="checkbox"/>	مرحله (استیج): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V منطقه (Zone): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
تونسیت غیر طبیعی: <input type="checkbox"/>	قادر به مکیدن و بلع نیست <input type="checkbox"/>
قادر به مکیدن و بلع بوده ولی شل است <input type="checkbox"/>	هیپرتون است (تونوسیت افزایش یافته) <input type="checkbox"/>
فوتوتراپی <input type="checkbox"/>	تجویز آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/>
Chest tube گذاری <input type="checkbox"/>	انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل <input type="checkbox"/>
ایبپروفن/ایندومتاسین / استامینوفن به منظور درمان PDA <input type="checkbox"/>	لووتیروکسین <input type="checkbox"/>
IVIG برای درمان /پیشگیری سپسیس <input type="checkbox"/>	IVIG برای درمان زردی همولیتیک <input type="checkbox"/>
مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد: <input type="checkbox"/>	تعداد روز ها: <input type="checkbox"/>
اقامت مادر در بیمارستان برای حداقل ۲۰ ساعت در روز: <input type="checkbox"/>	تعداد روز ها: <input type="checkbox"/>

ترخیص

نوع تغذیه هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>	شیر مادر <input type="checkbox"/>	شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>	شیر مادر تقویت شده با BMF <input type="checkbox"/>	شیر مادر و شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>	فرجام نوزاد
شبه تغذیه هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>	سینه مادر به طور کامل <input type="checkbox"/>	سینه مادر و / یا شیوه های دیگر دهانی <input type="checkbox"/>	تغذیه از طریق لوله (NGT یا OGT) <input type="checkbox"/>	شیشه شیر <input type="checkbox"/>	ترخیص با دستور پزشک
در سندرم محرومیت آیا اورژانس اجتماعی برای بررسی شرایط حضانت در بیمارستان حضور یافت؟ <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>			انتقال به بهزیستی
انتقال به بیمارستان: <input type="checkbox"/>	علت انتقال: <input type="checkbox"/>	نیاز به تخصص ویژه/جراحی <input type="checkbox"/>	کمبود تخت <input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات <input type="checkbox"/>	انتقال به سایر بیمارستان ها
علت اصلی مرگ: <input type="checkbox"/>	ناهنجاری بدو تولد (ارثی) <input type="checkbox"/>	هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی) <input type="checkbox"/>	نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>	فوت در بخش یا طی انتقال
مراقبت تسکینی (Palliative care): <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مرگ مغزی <input type="checkbox"/>	نارسی بسیار شدید <input type="checkbox"/>	ترخیص با رضایت شخصی
علت رضایت شخصی: <input type="checkbox"/>	شکایت از بستری طولانی <input type="checkbox"/>	مشکلات مالی <input type="checkbox"/>	برای انتقال به بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>	مشکلات خانوادگی <input type="checkbox"/>	
ساعت ترخیص: <input type="checkbox"/>	وزن هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>	دور سر هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>			تاریخ ترخیص: <input type="checkbox"/>
تعداد روز های بستری در بیمارستان: <input type="checkbox"/>	تعداد روز های بستری در بخش NICU: <input type="checkbox"/>	تعداد روز های بستری در بخش نوزادان یا کودکان: <input type="checkbox"/>			