



نظام مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان - ۱۴۰۰

فرم ارزیابی اولیه نوزاد

جهت تکمیل برای تمامی نوزادان بستری شده در بیمارستان و شیرخوارانی که طول مدت بستری آنها از دوره نوزادی گذشته است.

شماره پرونده:



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

محل تولد: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل در مسیر انتقال سایر تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد:

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، زایمان در منزل، ...)

مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده: مشخصات بیمارستان محل تولد:

نوزاد سابقه بستری قبلی در بیمارستان داشته است؟ خیر بله، در همان بیمارستان بله، در بیمارستان دیگر

وضعیت نوزاد هنگام ورود به بخش

نیاز به احیا	دیسترس تنفسی	قلب و عروق	عصبی	ناهنجاری / 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"/> شلی / هیپوتونی <input type="checkbox"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="checkbox"/> صدمات زایمانی	<input type="checkbox"/> در حال تهویه با سیپاپ بود <input type="checkbox"/> سیانوز / افت OYSAT <input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی / تاکی پنه <input type="checkbox"/> هیپوترمی <input type="checkbox"/> هیپرترمی <input type="checkbox"/> هیپراتاسیون	<input type="checkbox"/> عفونت / سپسیس <input type="checkbox"/> شک به عفونت <input type="checkbox"/> بی حالی / خوب شیر نخوردن	<input type="checkbox"/> زردی / هماتولوژیک <input type="checkbox"/> زردی / ایکتر <input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> نارس / وزن کم <input type="checkbox"/> نارس <input type="checkbox"/> وزن کم <input type="checkbox"/> رتینوپاتی نارس <input type="checkbox"/> جراحی	<input type="checkbox"/> آسفیکسی / آیکار پابین / شک آسفیکسی / آیکار پابین / شک آسفیکسی
قند خون و تغذیه	دمای بدن	عفونت / سپسیس	زردی / هماتولوژیک	نارس / وزن کم	حوادث / صدمات زایمانی
<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 <input type="checkbox"/> هیپراتاسیون	<input type="checkbox"/> شک به عفونت <input type="checkbox"/> بی حالی / خوب شیر نخوردن	<input type="checkbox"/> زردی / ایکتر <input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> نارس <input type="checkbox"/> وزن کم <input type="checkbox"/> رتینوپاتی نارس	<input type="checkbox"/> آسفیکسی / آیکار پابین / شک آسفیکسی
وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری (زیر بغل) (بدون تعدیل عدد)	چند قلو؟	قل چندم؟	

مشخصات مادر و 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"/>

تکمیل توسط:

اطلاعات زایمانی نوزاد

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

نوع بیمه: میزان تحصیلات مادر: تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): بله خیر

سابقه مرگ نوزاد: بله خیر سابقه مرده زایی: بله خیر نوع زایمان: واژینال سزارین گروه خونی مادر: O A B AB RH⁺ RH⁻

عوامل خطر بارداری: اعتیاد مادر به مواد مخدر و روانگردان دیابت بارداری دیابت پیش از بارداری پره اکلامپسی / اکلامپسی کوریوآمینیوت پیلونفریت کووید (مشکوک یا قطعی) فشارخون مزمن بیماری قلبی سایر موارد:

عوامل خطر زایمانی: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت آغشتگی به مکنونوم ضرابان قلب جنینی مختل دکولمان جفت مداخله های حین زایمان: القا (اینداکشن) یا تقویت درد زایمان استفاده از فورسپس یا واکيوم بله خیر

تجویز کورتیکواستروئید (بنامتازون یا دکزامتازون): کامل ناقص نگرفته نامشخص بله خیر تجویز سولفات منیزیم به مادر (GA < 32w): بله خیر تجویز آنتی بیوتیک به مادر (GA < 32w) در طی بستری قبل از زایمان: بله خیر تجویز توکولیتیک به مادر (GA < 32w) برای تاخیر زایمان: بله خیر

مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد: نوع زایمان: واژینال سزارین

جنسیت: مذکر مونث مبهم وزن (گرم): سن بارداری: دور سر (cm): قد (cm):

نیازی به احیا نداشت گامهای نخستین بله خیر

بیشترت عملیات احیا: نیاز به احیا نداشت گامهای نخستین بله خیر

در صورت نیاز به اکسیژن آیا با مخلوط اکسیژن و هوا از طریق بلندر تجویز شد؟ بله خیر

در صورت نیاز به CPAP / PPV آیا با دستگاه احیا تبیسی (نئویاف یا نئوتی) تجویز شد؟ بله خیر

چگونگی حضور تیم احیا نوزاد در اتاق زایمان / عمل؟ عدم حضور و انجام مراقبت توسط پرسنل همان محل حضور تیم قبل از تولد نوزاد حضور تیم بعد از تولد نوزاد

اعضا تیم احیا فراخوانده شده شامل؟ متخصص اطفال / فوق نوزادان پرستار احیا / نوزادان دستیار تخصصی / فوق تخصصی متخصص بیهوشی سایر موارد

آیا ABG بند ناف (در اتاق زایمان) گرفته شد؟ بله خیر PH بند ناف؟ کمتر از ۷/۰۰ ۷/۰۰ - ۷/۲ بیش از ۷/۲ BE بند ناف؟ کمتر از ۱۶ ۱۶ - ۱۲ تا ۱۶ بیشتر از ۱۲

نمره آپگار دقیقه اول: نمره آپگار دقیقه ۵:

هنگام بستری تکمیل شود

از سامانه زایمانی در هنگام ترخیص نوزاد واکنشی شود.

تشخیص نهایی و تشخیص حین درمان

سیستم عصبی: <input type="checkbox"/> ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/> اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/>	قلبی عروقی: <input type="checkbox"/> اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/> شکاف کام <input type="checkbox"/> شکاف لب <input type="checkbox"/>	تنفسی: <input type="checkbox"/> پوست: <input type="checkbox"/> سایر ناهنجاری ها: <input type="checkbox"/>	گوارشی: <input type="checkbox"/> چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>
سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/> تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN) <input type="checkbox"/> پنومونی <input type="checkbox"/> PPHN <input type="checkbox"/> خون ریزی ریوی <input type="checkbox"/>	سندرم آسپیراسیون مکنونیوم (MAS) <input type="checkbox"/> پنوموتوراکس یا سایر سندرم های نشت هوا <input type="checkbox"/> بیماری مزمن ریوی (بناز به اکسیژن در روز ۲۸ تولد) (CLD) <input type="checkbox"/>	هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی) <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> سندرم محرومیت <input type="checkbox"/> کرن ایکتروس <input type="checkbox"/> لوکومالسی اطراف بطنی (PVL) <input type="checkbox"/> هیدروسفالی <input type="checkbox"/>	خونریزی داخل بطنی (IVH) درجه: <input type="checkbox"/> ۱ (ساب اپاندیمال) <input type="checkbox"/> ۲ (داخل بطن های مغز) <input type="checkbox"/> ۳ (ونتریکولومگالی) <input type="checkbox"/> ۴ (داخل نسج مغز) <input type="checkbox"/>
عفونت در بدو بستری (سپسیس/ریوی/ادرار/مننژیت در ۷۲ ساعت نخست): <input type="checkbox"/> کشت مثبت <input type="checkbox"/> کشت منفی <input type="checkbox"/> مننژیت: <input type="checkbox"/> کشت مثبت <input type="checkbox"/> کشت منفی <input type="checkbox"/>	عفونت بیمارستانی (سپسیس/ریوی/ادرار/مننژیت بعد از ۷۲ ساعت بستری): <input type="checkbox"/> کشت مثبت <input type="checkbox"/> کشت منفی <input type="checkbox"/> کووید <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> قطعی (PCR مثبت) <input type="checkbox"/>	هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/> هیپوتیروئیدی <input type="checkbox"/> بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/> در حد مشکوک بودن به بیماری <input type="checkbox"/> تایید تشخیص توسط شواهد آزمایشگاهی	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"/>
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 پلاس: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سدسات زایمانی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	زردی <input type="checkbox"/> نارسی / وزن تولد پایین <input type="checkbox"/> ناشناخته <input type="checkbox"/> در هیچ کدام از تشخیص های دسته بندی شده نمی گنجد. <input type="checkbox"/>

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

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 فازیک/ 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"/>
تعداد دفعات تجویز سورفاکتانت در آن بیمارستان: <input type="checkbox"/> یک نوبت <input type="checkbox"/> ۲ نوبت <input type="checkbox"/> ۳ نوبت <input type="checkbox"/> بیشتر از سه نوبت	زمان تجویز اولین دوز سورفاکتانت در آن بیمارستان: <input type="checkbox"/> ۲ ساعت اول حیات <input type="checkbox"/> بین ۲-۶ ساعت اول حیات <input type="checkbox"/> بین ۶-۲۴ ساعت اول حیات <input type="checkbox"/>	نوع سورفاکتانت نوبت اول تجویز شده: <input type="checkbox"/> آرنافنت <input type="checkbox"/> اینفاسورف <input type="checkbox"/> برکسورف <input type="checkbox"/> بلس <input type="checkbox"/> سورواتا <input type="checkbox"/> کوروسورف <input type="checkbox"/>
شیوه تجویز سورفاکتانت نوبت اول: <input type="checkbox"/> نوزاد تحت تهویه مکانیکی است <input type="checkbox"/> انشور (قبل و بعد از آن تحت تهویه غیر تهاجمی است) <input type="checkbox"/> لیزا (بدون لوله گذاری) <input type="checkbox"/> نبولیزر <input type="checkbox"/>	فوتوتراپی <input type="checkbox"/> تجویز آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> تجویز گلوبول قرمز فشرده <input type="checkbox"/> تزریق FFP <input type="checkbox"/> تعویض خون <input type="checkbox"/>	Chest tube گذاری <input type="checkbox"/> انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل <input type="checkbox"/> کاتتر ورید نافی <input type="checkbox"/> PICC /لیدر فلکس <input type="checkbox"/> سرما درمانی فعال (با دستگاه) <input type="checkbox"/>
ایبوپروفن/ایندومتاسین/ استامینوفن به منظور درمان PDA <input type="checkbox"/> لووتیروکسین <input type="checkbox"/> ضد قارچ برای پیشگیری یا درمان سپسیس کاندیدایی <input type="checkbox"/>	IVIG برای درمان/پیشگیری سپسیس اترومبوسایتونی <input type="checkbox"/> IVIG برای درمان زردی همولیتیک <input type="checkbox"/> دارو های ضد تشنج (فنوباریتال، فنی توئین و ...) <input type="checkbox"/>	تجویز کوتیکو استروئید به منظور پیشگیری/درمان CLD <input type="checkbox"/> دگزامتازون <input type="checkbox"/> پردنیزولون <input type="checkbox"/> نیولایز بودزوناید <input type="checkbox"/>
مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد: تعداد روز ها: <input type="checkbox"/>	اقامت شبانه روزی مادر در بیمارستان: تعداد روز ها: <input type="checkbox"/>	

اقدامات تشخیصی، آزمایش ها

ناسازگاری گروه خونی ABO؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناسازگاری RH؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> انجام تست PCR کووید: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نتیجه تست PCR: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی
مقدار بیلیروبین بدو ورود: <input type="checkbox"/> بالاترین مقدار بیلیروبین ثبت شده: <input type="checkbox"/> مقدار بیلیروبین هنگام ترخیص: <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"/> عدم وجود BE در پرئوده <input type="checkbox"/>
میکرواورگانیزم/های گشت شده در خون یا CSF: <input type="checkbox"/> سوش میکروبی ۱: <input type="checkbox"/> سوش میکروبی ۲: <input type="checkbox"/> سوش میکروبی ۳: <input type="checkbox"/>
غرابالگری شنوایی قبل از ترخیص انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شیوه انجام غرابالگری و نتیجه آن؟ <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> گذر (pass) <input type="checkbox"/> ارجاع (refer) <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> گذر <input type="checkbox"/> ارجاع <input type="checkbox"/>

تغذیه و وزن گیری نوزاد با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم

روند وزن گیری نوزاد در طول مدت بستری: روز ۷ تولد: <input type="checkbox"/> در روز ۱۴ تولد: <input type="checkbox"/> در روز ۲۱ تولد: <input type="checkbox"/> در روز ۲۸ تولد: <input type="checkbox"/> در روز ۳۵ تولد: <input type="checkbox"/> در روز ۴۲ تولد: <input type="checkbox"/>
آیا شیر مادر (آغوز) در ۶ ساعت اول حیات نوزاد شروع شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا شیر مادر هدیه محصول بانک شیر مادر برای تغذیه نوزاد استفاده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در صورت تغذیه با شیر مصنوعی علت آن کدام بوده است؟ <input type="checkbox"/> کم بودن شیر مادر <input type="checkbox"/> افزایش وزن گیری <input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر <input type="checkbox"/> مصرف داروهای واجد منع شیر دهی توسط مادر <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>

ترخیص

فرجام نوزاد	آیا نوزاد با اکسیژن از بیمارستان مرخص شد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
ترخیص با دستور پزشک	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 (با یا بدون تقویت کننده) و شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>
انتقال به بزمستی	شیوه تغذیه هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/> سینه مادر (کامل) <input type="checkbox"/> سینه مادر و/ یا شیوه های دیگر دهانی <input type="checkbox"/> تغذیه از طریق لوله <input type="checkbox"/> شیشه شیر و سینه مادر <input type="checkbox"/> شیشه شیر <input type="checkbox"/>
انتقال به سایر بیمارستان ها	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"/>
فوت در بخش یا طی انتقال	انتقال به بیمارستان: <input type="checkbox"/>
ترخیص با رضایت شخصی	ناهنجاری بدو تولد <input type="checkbox"/> هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی) <input type="checkbox"/> نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) <input type="checkbox"/>
	سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/> عفونت (سپسیس) <input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="checkbox"/>
	علت ریشه ای <input type="checkbox"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/> عفونت (سپسیس) <input type="checkbox"/>
	مرگ: <input type="checkbox"/> بعد از انتخاب علت ریشه ای مرگ، علل زمینه ای یا آخرین مشکل یا مشکلات بالینی که منجر به مرگ شده را انتخاب نمایید: <input type="checkbox"/>
	آخرین مشکلی که منجر به مرگ نوزاد شده است: <input type="checkbox"/> مشکل بالینی که باعث بروز آخرین حادثه منجر به مرگ شده است: <input type="checkbox"/>
	مراقبت تسکینی (Palliative care): <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ ترخیص: <input type="checkbox"/>	ساعت ترخیص: <input type="checkbox"/>
تعداد روز های بستری در بیمارستان: <input type="checkbox"/>	وزن هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/>
	دور سر هنگام ترخیص: <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"/>

هنگام ترخیص تکمیل شده و همزمان با ترخیص در سامانه ثبت شود.