



نظام مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان - ۱۳۹۷



شماره پرونده:

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

چگونگی پذیرش: بعد از تولد در همان بیمارستان بستری مجدد بعد از ترخیص از همان بیمارستان یا بیمارستان دیگر انتقال متصل به تولد از بیمارستان دیگر بستری بعد از زایمان در خارج بیمارستان یا تولد در خارج از کشور

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 (سیپاپ) **در صورتی که نوزاد در 72 ساعت ابتدای تولد ارجاع شده است، آیا تجویز سورفاکتانت قبل از انتقال صورت گرفته است؟** بله خیر

علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش

<input type="checkbox"/> بلافاصله بعد از رسیدن به بخش نیاز به احیا پیدا کرد	<input type="checkbox"/> نارس/ کم وزنی	<input type="checkbox"/> اشکال در تغذیه	<input type="checkbox"/> زردی	<input type="checkbox"/> ROP نیازمند معاینه یا درمان
<input type="checkbox"/> در حال شوک /کما/ تشنج/هیپوترمی شدید به بخش آورده شد	<input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی/ تاکی پنه	<input type="checkbox"/> استفراغ	<input type="checkbox"/> نیاز به عمل جراحی	<input type="checkbox"/> سندرم محرومیت
<input type="checkbox"/> با لوله تراشه در حال تهویه به بخش آورده شد	<input type="checkbox"/> هیپوگلیسمی	<input type="checkbox"/> کم آبی	<input type="checkbox"/> تشنج	
<input type="checkbox"/> در حال دریافت NCPAP به بخش آورده شد	<input type="checkbox"/> شک به عفونت	<input type="checkbox"/> ناهنجاری بدو تولد	<input type="checkbox"/> آپکار پایین/هیپوتونی	

وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری	چند قلو؟	قل چندم؟
.....

مشخصات مادر نوزاد

نام و نام خانوادگی مادر	تاریخ 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:** **تجویز کورتیکواستروئید:** کامل ناقص نگرفته نامشخص

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

بیماری مادر:	عفونت:	بیماری ناشی از بارداری:	سوء مصرف مواد:
<input type="checkbox"/> فشارخون مزمن	<input type="checkbox"/> کوریوآمنیونیت	<input type="checkbox"/> دیابت بارداری	<input type="checkbox"/> سیگار و دخانیات در بارداری اخیر
<input type="checkbox"/> بیماری اتوایمیون	<input type="checkbox"/> هیپاتیت B	<input type="checkbox"/> پره اکلامپسی / اکلامپسی	<input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر
<input type="checkbox"/> دیابت غیر بارداری	<input type="checkbox"/> HIV+/ایدز		<input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به روانگردان
<input type="checkbox"/> هیپوتیروئیدی			<input type="checkbox"/> مشروبات الکلی در دوران بارداری
<input type="checkbox"/> بیماری اعصاب و روان			

عوامل خطر زایمانی:	مداخله های حین زایمان:	عوامل خطر زایمانی:
<input type="checkbox"/> پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت <input type="checkbox"/> آغشتگی به مکتونیم <input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل	<input type="checkbox"/> القا یا تقویت درد زایمان <input type="checkbox"/> استفاده از فورسیس یا واکيوم	<input type="checkbox"/> توقف انقباضات رحمی <input type="checkbox"/> تجویز منیزیم سولفات

مشخصات نوزاد در بدو تولد

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

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

نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین	حضور پزشک برای احیا در اتاق زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	فوق تخصص نوزادان	متخصص اطفال	دستیار تخصصی اطفال
تجویز سورفاکتانت در اتاق زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	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:**

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"/>	ادارای 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"/>	بیماری مزمن ربوی (CLD) <input type="checkbox"/>	تنفسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سندرم آسپیراسیون مکنونیوم (MAS) <input type="checkbox"/>	سندرم های نشست هوا (پنومومدیاستن، پنوموتوراکس و غیره) <input type="checkbox"/>	پنومونی <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"/>		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"/> 1 (ساب اپاندیمال) <input type="checkbox"/> 2 (داخل بطن های مغز) <input type="checkbox"/> 3 (ونتریکولومگالی) <input type="checkbox"/> 4 (داخل نسج مغز)			
عفونت بدون کشت مثبت <input type="checkbox"/>	عفونت با کشت (خون/CSF/ادرار/...) مثبت <input type="checkbox"/>	مننژیت (با یا بدون کشت CSF مثبت) <input type="checkbox"/>	عفونت: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
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)		گوارشی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
مرحله ROP: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	منطقه (Zone): I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	پلاس: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	رتینوپاتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
زردی <input type="checkbox"/>	نارسی <input type="checkbox"/>	وزن تولد پایین <input type="checkbox"/>	سایر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
		در هیچ کدام از تشخیص های دسته بندی شده نمی گنجد. <input type="checkbox"/>	

اقدامات تشخیصی، آزمایشات

پایین ترین مقدار بیلروبین ثبت شده در پرونده: <input type="checkbox"/>	پایین ترین مقدار قند خون: <input type="checkbox"/>	غرابالگری رتینوپاتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
BE هنگام بستری: <input type="checkbox"/>		انتقال و مشاوره با بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>
		رتکم توسط چشم پزشک در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
		رتکم توسط چشم پزشک در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
		توسط پزشک چشم بدون رتکم در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
تعداد دفعات: <input type="checkbox"/>	اکوکاردیوگرافی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تعداد دفعات: <input type="checkbox"/>

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری)

اکسیژن محیطی (هود یا اینکوباتور) <input type="checkbox"/>	کانولای بینی با جریان بالا (HFNC) <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی سیپاپ یا NCPAP <input type="checkbox"/>	حمایت تنفسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
تهویه غیر تهاجمی دوپاپ یا سایپپ یا NIPPV <input type="checkbox"/>	تهویه مکانیکی تهاجمی (IMV/SIMV/HFO) و غیره <input type="checkbox"/>		
نوبت	نوع سورفاکتانت:	شیوه تجویز	سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز
اول		MIST <input type="checkbox"/> InSurE <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/>	مقدار به سی سی
دوم		MIST <input type="checkbox"/> InSurE <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/>	تعداد دفعات:
اکسیژن محیطی <input type="checkbox"/>	کانولای بینی <input type="checkbox"/>	حمایت تنفسی در روز 28 تولد <input type="checkbox"/>	اکسیژن محیطی <input type="checkbox"/>
تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>
تجویز گلبول قرمز فشرده <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"/>
فوتوتراپی <input type="checkbox"/>	استفاده از کاتتر ورید نافی <input type="checkbox"/>	استفاده از PICC <input type="checkbox"/>	سرما درمانی فعال (با دستگاه) <input type="checkbox"/>
تجویز آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/>	درمان ROP: <input type="checkbox"/> لیزر <input type="checkbox"/> تزریق داخل چشمی آواستین <input type="checkbox"/>		
کوئیکو استروئید به منظور درمان CLD <input type="checkbox"/>	ایبوپروفن/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"/>	ضد قارچ برای پیشگیری در درمان سپسیس کاندیدایی <input type="checkbox"/>	
مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد: <input type="checkbox"/>	مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز: <input type="checkbox"/>	تعداد روز ها: <input type="checkbox"/>	
مراقبت تسکینی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مرگ مغزی <input type="checkbox"/>	نارسی بسیار شدید <input type="checkbox"/>	بیماری غیر قابل درمان <input type="checkbox"/>

ترخیص

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
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 بیهیستی
انتقال نوزاد به بیمارستان: <input type="checkbox"/>	بازگرداندن نوزاد به سطح پایبتر برای ادامه مراقبت (ارجاع معکوس)؟ <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		انتقال به سایر بیمارستان ها
نیاز به تخصص ویژه/جراحی <input type="checkbox"/>	کمبود تخت <input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات <input type="checkbox"/>	مشکلات مالی <input type="checkbox"/>	فوت در بخش یا طی انتقال
ناهنجاری بدو تولد (ارثی) <input type="checkbox"/>	هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی) <input type="checkbox"/>	نارسی (سن بارداری کمتر از 26 هفته) <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>	ترخیص با رضایت شخصی
سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/>	عفونت (سپسیس) <input type="checkbox"/>			
مشکلات 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"/>		

مهر و امضاء سرپرستار:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید

مهر و امضاء پزشک معالج: