



راهنمای تکمیل فرم سامانه و نوزاد ۱۳۹۷



در ابتدا پس از ورود کاربر به صفحه فرم ثبت اطلاعات، نام دانشگاه، نام شهرستان و نام بیمارستان به طور خودکار ثبت می شود. همچنین نوع بیمارستان اعم از دولتی آموزشی، درمانی، وابسته به ارگانها، خصوصی، خیریه، تامین اجتماعی، وابسته به دانشگاه آزاد مشخص می شود. صحت اطلاعات باید کنترل شود.

اطلاعات مادری

1. شماره پرونده مادر:

شماره پرونده مادر را بدون خط فاصله و فقط به صورت شماره در این قسمت وارد نمایید. در صورتی که شماره با صفر شروع می شود لطفاً آن را نیز وارد نمایید.

2. ملیت مادر:

ملیت ایرانی یا غیر ایرانی انتخاب شود. در صورت انتخاب گزینه غیر ایرانی لطفاً ملیت آن را از گزینه های موجود انتخاب نمایید. با تایپ اولین حرف کشور مورد نظر می توانید به کشور مورد نظر خود زودتر دست پیدا کنید.

3. سال تولد مادر:

به صورت چهار رقمی مانند 1364 نوشته شود.

4. شماره ملی مادر:

در صورت ایرانی بودن شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علائم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویروگول اجتناب شود. در صورت غیر ایرانی بودن مادر، این فیلد غیر فعال می شود. در صورتیکه مادر کد ملی ندارد گزینه فاقد کد ملی انتخاب گردد. در نظر داشته باشید که تنها در صورتیکه سازمان ثبت احوال کشور، کارت ملی (کد ملی) برای مادر صادر نکرده باشد این گزینه انتخاب گردد. به صورت راندم موارد بدون کد ملی چک خواهند شد.

5. نام و نام خانوادگی مادر:

نام مادر و نام خانوادگی مادر به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود.

6. تاریخ تولد مادر

در صورتی که ملیت مادر ایرانی باشد تاریخ تولد پس از انتخاب ملیت ایرانی، سال تولد و کد ملی به صورت سیستمی درج خواهد شد. اگر ملیت مادر غیرایرانی یا ملیت ایرانی و فاقد کد ملی باشد تاریخ تولد باید به صورت دستی از سمت چپ نوشته

شود و بین اعداد slash گذاشته شود؛ برای مثال: 1364/1/1

7. نسبت خویشاوندی

منظور از نسبت خویشاوندی درجه دو و سه مادر با پدر نوزاد می باشد که شامل خاله زاده، دایی زاده، عموزاده و عمه زاده می باشد و نوه های آنها.

8. تعداد قل (چند قلو؟)

با عدد صحیح نوشته شود در صورتی که حاملگی یک قلوبی باشد، مرتبه تولد 1 نوشته شود.

9. محل سکونت دائم مادر

شهر، روستا یا عشایر انتخاب شود. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب می شود. چنانچه مادر ساکن روستاست و فقط برای انجام زایمان به بیمارستان شهر آمده و مهمان بستگان می باشد محل سکونت روستا علامت زده شود.

10. نشانی محل زندگی

استان و شهرستان محل زندگی انتخاب شود. در صورت عشایر بودن این گزینه از حالت اجبار خارج می شود. در صورتی که کوچ فصلی مادر در یک استان بخصوص محدود می شود می توانید استان را انتخاب نمایید. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب شود.

11. شماره تلفن همراه مادر یا پدر

ثبت یک شماره همراه از والدین اجباری می باشد. در صورتیکه والدین شماره تلفن همراه نداشته باشند شماره تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک درج گردد.

12. نوع بیمه

برای تعیین نوع بیمه (مادر) در قسمت مربوطه یکی از گزینه های زیر که نشان دهنده بیمه پایه مادر (نه بیمه تکمیلی) می باشد انتخاب گردد:

- 1) تامین اجتماعی (بیمه خدمات درمانی 3) نیروهای مسلح (4) کمیته امداد امام خمینی (5) سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ...)
- 6) بیمه سلامت ایرانیان (7) ندارد.
- اگر مادر بیمه های مختلف داشته باشد، ملاک بیمه ای است که با آن بستری شده است.

13. میزان تحصیلات مادر

تحصیلات بر اساس گفته مادر یکی از 15 گزینه زیر انتخاب می گردد. 1) بی سواد (2) سواد خواندن و نوشتن (بدون مدرک) (3) نهضت سوادآموزی (4) ابتدائی (5) کمتر از دیپلم (6) دیپلم یا پیش دانشگاهی (7) فوق دیپلم (کاردان) (8) لیسانس (کارشناس) تا فوق لیسانس (کارشناسی ارشد) (10) دکترای تخصصی PHD (غیر پزشکی) (11) دکترای حرفه ای (پزشکی) (12) علوم دینی سطح یک (13) علوم دینی سطح دو (14) علوم دینی سطح سه (15) بدون پاسخ. ملاک قرارگیری در یک مقطع تحصیلی اخذ مدرک حداقل یکی از پایه های تحصیلی می باشد.

- بیسواد کسی است که نمیتواند بخواند و بنویسد.
- دکترای تخصصی / فوق دکترا، منظور تخصص در تمامی رشته های علوم پزشکی و نیز دکترا در سایر رشته ها مانند ریاضی و آمار و ... است.

بدون پاسخ شامل تحصیلات سایر ادیان ، تحصیلات اهل تسنن و سواد بدون مدرک تحصیلی و عدم دسترسی به مادر جهت سوال و است.

14. حداقل 5 جلسه شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان

در صورتیکه حداقل 5 جلسه (5 یا بیشتر) در کلاس های آمادگی زایمان شرکت کرده باشد و مدرک شرکت در کلاس را داشته باشد، گزینه بله انتخاب گردد.

15. تعداد بارداری (G)

تعداد بارداری با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا **Gravida** دفعات بارداری مادر صرفنظر از سرانجام آن که سقط بوده و یا زایمان مورد نظر است. تعداد بارداری باید یک عدد از مجموع تعداد زایمان قبلی و سقط بیشتر باشد. در صورتیکه برابر یا کمتر از مجموع (سقط+زایمان قبلی +1) خطا داده شود. در صورت عدد یک تعداد زایمان قبلی و تعداد سقط و تعداد فرزند زنده غیر فعال و همچنین مرگ نوزاد قبلی و سابقه مرده زایی خیر گردد.

16. تعداد زایمان (P)

تعداد زایمان با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از زایمان یا **Para** دفعاتی است که مادر زایمان 22 هفته یا بالاتر داشته است. تعداد زایمان در حاملگی دو یا چند قلوبی یک زایمان محسوب می شود زیرا مادر مراحل لیبر را یکبار تجربه می کند. در صورت تعداد بارداری بالاتر از یک اجباری خواهد بود.

17. تعداد سقط (Ab)

تعداد سقط با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا **Abortion** خروج جنین قبل از 22 هفته بارداری است. توجه: مقادیر اشتباه تعداد بارداری، زایمان و سقط پذیرفته نمی شود و دور کادر مورد نظر قرمز می شود.

18. تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی)

با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود.

19. مرگ نوزاد قبلی

به صورت بله یا خیر انتخاب گردد.

20. سابقه مرده زایی

به صورت بله یا خیر انتخاب گردد.

21. تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR)

بر اساس جواب سونوگرافی یا تشخیص پزشک به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) پاسخ داده شود.

22. تجویز کورتیکواستروئید:

کامل ناقص نگرفته است نامشخص

در صورت تکمیل دوره دریافت کورتون (حداقل چهار دوز بتامتازون و ...) توسط مادر در دوران بارداری گزینه کامل، در صورت عدم تکمیل دوره گزینه ناقص انتخاب گردد. در صورتیکه کورتون دریافت نکرده است گزینه نگرفته است، و در صورتیکه اطلاعاتی از تجویز کورتون وجود ندارد نامشخص انتخاب گردد.

23. بارداری به روش مصنوعی: IVF و میکرواینجکشن:

فقط در صورت انجام IVF و میکرواینجکشن برای وقوع بارداری گزینه بله انتخاب گردد. در غیر اینصورت گزینه خیرانتخاب می گردد.

24. عوامل خطر بارداری مادر

- در صورتیکه عامل خطر وجود ندارد (عدم وجود عوامل خطر ذکر شده گزینه "خیر" انتخاب گردد و در این صورت گزینه ها (عوامل خطر ذکر شده) غیر فعال می شوند.
- اما در صورت داشتن عامل خطر و انتخاب گزینه بله، حداقل یک گزینه از عوامل خطر باید انتخاب گردد. قابل ذکر می باشد که می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود برای مثال در صورت وجود بیماری قلبی، دیابت بارداری، اعتیاد مادر به مواد روانگردان هر سه مورد انتخاب گردد.
- اظهار مادر در خصوص داشتن بیماری خاص یا مصرف داروی مربوط به بیماری یا تشخیص حین بستری در اتاق زایمان تأیید کننده وجود عوامل خطر می باشد.
- جهت سهولت انتخاب عوامل خطر بارداری در چهار گروه تقسیم شده است:

1- بیماری مادر:

- فشار خون مزمن: در صورت وجود بیمای فشار خون بالا قبل از بارداری یا قبل از هفته 20 بارداری و یا مصرف داروی ضد فشارخون قبل از بارداری یا قبل از هفته 20 بارداری جهت درمان بیماری فشار خون بالا، این گزینه انتخاب گردد.
- بیماری قلبی: بیماری قلبی قبل یا حین بارداری انتخاب شود.
- بیماری اتوایمیون: در صورت وجود بیماری های اتوایمیون در مادر نظیر لوپوس، گریوز، هاشیموتو، شوگرن، مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس و سایر بیماری های اتوایمیون این گزینه انتخاب گردد.
- دیابت پیش از بارداری: در صورت وجود دیابت قبل از هفته 20 بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- هیپوتیروییدی: در صورت بیماری کم کاری تیروئید تشخیص داده شده قبل یا حین بارداری و مصرف دارو در طی بارداری، علامت زده شود.
- بیماری اعصاب و روان (در حال دریافت دارو): در صورت وجود بیماری های اعصاب (نظیر صرع و ...) یا بیماری های روانپزشکی (نظیر افسردگی شدید و ...) مادر، که تحت درمان یا کنترل با دارو است این گزینه انتخاب گردد.

2- عفونت:

- هپاتیت B: در صورت هپاتیت B⁺ به تشخیص پزشک یا وجود آزمایش آنتی ژنی مثبت موید هپاتیت حاد یا فعال این گزینه انتخاب گردد.
- VDRL⁺: بر اساس آزمایشات (داشتن تست VDRL مثبت) و تشخیص پزشک و علامت زده شود. چنانچه مادر دارای آزمایشهای قبلی VDRL مثبت است و آزمایشهای تأییدی بعدی منفی می باشد این گزینه علامت زده نشود.
- HIV⁺/ایدز: در صورت داشتن اچ آی وی مثبت یا بیماری ایدز علامت زده شود. در صورت مثبت بودن تست سریع اچ آی وی حین بستری بدون تأیید آزمایشهای تکمیل کننده نیز علامت زده شود.
- کوریوآمینونیت: در صورت وقوع در بارداری اخیر به تشخیص پزشک انتخاب گردد.
- عفونت ادراری: در صورت وقوع در بارداری اخیر به تشخیص پزشک یا آزمایشات انتخاب گردد.

3- بیماری ناشی از بارداری:

▪ دیابت بارداری

▪ پره اکلامپسی / اکلامپسی

پره اکلامپسی خفیف: فشار خون مساوی یا بیشتر از 140/90 و کمتر از 160/110 میلی متر جیوه، در دو نوبت به فاصله حداقل 6-4 ساعت به همراه پروتئینوری 1+ (0/3 گرم در یک نمونه تصادفی ادرار) یا کمتر از 2 گرم در ادرار 24 ساعته پره اکلامپسی خفیف است.

پره اکلامپسی شدید: افزایش فشارخون به میزان 160/110 میلی متر جیوه و بیشتر، در دو نوبت به فاصله حداقل 4 تا 6 ساعت همراه با بروز پروتئینوری به میزان 2 گرم یا بیشتر با یا بدون هر یک از علائم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان 500 میلی لیتر در 24 ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از 1/2 میلی گرم در دسی لیتر و یا ترومبوسیتوپنی زیر 100000 (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.

اکلامپسی: اضافه شدن تشنج به علائم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.

▪ هموگلوبین کمتر از 7 در زمان بستری: در صورت داشتن هموگلوبین کمتر از 7 در زمان بستری گزینه آنمی علامت زده شود.

4- سوء مصرف مواد:

▪ سیگار و دخانیات در بارداری اخیر: در صورت مصرف سیگار و یا سایر دخانیات نظیر قلیان در بارداری اخیر (به هر میزان) این گزینه انتخاب گردد.

▪ اعتیاد مادر به مواد مخدر: در صورت اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مواد در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.

▪ اعتیاد مادر به روانگردان: در صورت اعتیاد مادر به مواد روانگردان از جمله قرص های توهم زا در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.

▪ مشروبات الکلی در دوران بارداری: در صورت مصرف مشروبات الکلی به هر میزان در بارداری اخیر، این گزینه انتخاب شود.

25. عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود.

عوامل خطر زایمانی مورد نظر شامل: پارگی کیسه آب بیشتر از 18 ساعت، دکلمان جفت، آغشتگی به مکنونوم،

چسبندگی غیرطبیعی جفت، ضربان قلب جنینی مختل و زایمان زودرس است و عامل یا عامل هایی که در مادر وجود

دارند انتخاب گردند.

26. عوارض زایمان:

در صورتیکه عوارض زایمان وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود. اما در صورت داشتن عوارض زایمان میتوان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود.

1) دریافت خون و فرآورده های آن به هر میزان

(2) پارگی درجه 3 و 4

(3) دیستوشی شانه

27. مداخله حین زایمان

در صورتیکه مداخله حین زایمان انجام نشده باشد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود. اما در صورت انجام مداخله حین زایمان میتوان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود:

- اپی زیوتومی: در صورت اپی زیوتومی مادر در حین زایمان این گزینه انتخاب گردد.
- القا یا تقویت درد زایمان: در صورت استفاده از داروهایی مانند اکسی توسین یا پروستاگلاندین ها جهت تقویت یا القا درد زایمان این گزینه انتخاب گردد.
- هر اقدامیکه جهت تسریع در امر زایمان انجام گرفته است مانند تزریق داروهایی نظیر آتروپین، هیوسین، پتیدین و ... و یا پاره کردن کیسه آب جنین، ... که به منظور تسریع در امر زایمان استفاده شده باشد، القا محسوب می شود اما در این جمع آوری اطلاعات مورد نظر ما نمی باشد، بنابر این از انتخاب گزینه القا یا تقویت دردهای زایمان در این گونه موارد خودداری کنید.
- توقف انقباضات رحمی: در صورتیکه جهت توقف زایمان زودرس مادر بستری و مداخلاتی نظیر استفاده از سداتیوها و سرم، داروهای توکولیتیک نظیر سولفات منیزیم، ریتودرین و سایر محرکین رسپتورهای $\beta 2$ و استفاده شده باشد این گزینه انتخاب گردد.
- استفاده از فورسپس یا وکیوم
- تجویز منیزیم سولفات : در صورت تجویز به هر علت از جمله توقف انقباضات رحمی یا درمان پره اکلامسی / اکلامپسی و ... این گزینه انتخاب گردد.
- توجه: در محاسبه شاخص های مرتبط با مداخلات انجام گرفته، محاسبه بر اساس مورد های ذکر شده به تفکیک امکان پذیر خواهد بود و مواردی نظیر تجویز سولفات منیزیم در آنالیزهای تحلیلی در صورت لزوم، قابل فیلتر می باشند.

28. سرانجام مادر تا دو ساعت پس از زایمان:

منظور سرانجام مادر فقط تا دو ساعت پس از زایمان است.

- انتقال به بخش پس از زایمان: در بیمارستان هایی که مجهز به بخش LDRP (Labor-Delivery-Recovery-) هستند یعنی مادر روی یک تخت بستری می شود، روی همان تخت سیر لیبر طی شده و روی همان تخت زایمان می کند و نیز اوقات بعد زایمان خود را می گذراند و از روی همان تخت ترخیص می گردد، سرنوشت مادر تا زمان ترخیص در نظر گرفته شود.
- انتقال به اتاق عمل: این گزینه برای مادرانی انتخاب شود که پس از تولد نوزاد (چه به صورت زایمان طبیعی و چه به صورت سزارین) به دلیل بروز عوارض زایمانی برای انجام مداخله جراحی به اتاق عمل فرستاده می شوند.
- انتقال به بخش مراقبت ویژه: چنانچه مادر دو ساعت پس از زایمان طبیعی یا سزارین به بخش مراقبت ویژه منتقل شد این گزینه علامت زده شود.

- فوت مادر تا دو ساعت پس از زایمان: فوت در محل زایمان: در صورت فوت مادر در اتاق عمل برای انجام سزارین یا در بلوک زایمان هنگام زایمان طبیعی تا دو ساعت پس از زایمان علامت زده شود.
تذکر: در صورتی که مادر به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد منتقل گردید و بعد از دو ساعت در آن بخش فوت نمود و یا به بخش مراقبت ویژه و یا به علت مشکلاتی نظیر اینرسی رحم به اتاق عمل منتقل شد گزینه انتخابی شما هم چنان انتقال به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد خواهد بود.
تذکر: اگر مادر از اتاق زایمان برای سزارین به اتاق عمل منتقل شد گزینه انتقال به اتاق عمل انتخاب نمی شود.

29. شماره نظام پزشکی پزشک مسئول زایمان:

شماره نظام پزشکی پزشک مسئول زایمان با عدد صحیح بدون علامت و نشانه ای تایپ شود.
در صورتی که زایمان در حین انتقال به بیمارستان توسط غیر پزشک و یا ماما انجام شده باشد، شماره نظام پزشکی ماما یا پزشک پذیرش کننده مادر وارد گردد.

30. شماره نظام پزشکی/مامایی عامل زایمان:

شماره نظام پزشکی/مامایی عامل زایمان با عدد صحیح و بدون علامت و نشانه ای نوشته می شود.
عامل زایمان می تواند پزشک (عمومی یا متخصص زنان) یا ماما باشد. عامل زایمان کسی است که زایمان (خروج کامل جنین) را انجام داده است اگر فرآیند لیبر کنترل شده است اما زایمان توسط فرد دیگری انجام شده است شماره نظام پزشکی عامل زایمان ثبت شود. در صورتی که زایمان در حین انتقال به بیمارستان توسط غیر پزشک و یا غیر ماما انجام شده باشد که شماره نظام پزشکی ندارد از کد شناسایی که پس از ارسال اسامی افراد فوق به دفتر سلامت جمعیت خانواده مدارس وزارت بهداشت در اختیار معاونت درمان و بیمارستان مربوطه قرار میگیرد امکان پذیر خواهد بود.
قابل ذکر می باشد فرآیند فوق جهت ثبت دقیق عاملین زایمان ایجاد و اجباری می باشد.

مشخصات نوزادی

در این قسمت فقط مشخصات نوزاد به ترتیب زیر ثبت می شود.

31. تاریخ تولد نوزاد:

تاریخ تولد نوزاد می بایست از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.

32. ساعت تولد نوزاد:

ساعت تولد نوزاد می بایست به صورت ساعت 24 ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت 00:00 شروع می شود و به 23:59 دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت تولد نوزاد راس ساعت 24 باشد، می بایست ساعت به صورت 00:00 وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود. مثلاً 19:30 و از نوشتن PM 7:30 خودداری شود.

33. جنس نوزاد:

پسر یا دختر بودن ثبت شود. در صورت داشتن هر گونه ابهام در تشخیص جنسیت، گزینه مبهم انتخاب شود.

34. مرتبه تولد (قل چندم؟)

با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلوئی باشد، مرتبه تولد 1 نوشته می شود. در صورتی که حاملگی چند قلوئی باشد، مرتبه تولد بر اساس، تقدم خروج نوزاد تایپ شود. برای قل اول در این فیلد عدد 1 قل دوم عدد 2 و قل سوم عدد 3 تایپ شود.

35. وزن نوزاد (گرم)

وزن نوزاد به گرم بین 150 تا 8000 گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.

36. دور سر نوزاد (سانتی متر)

دور سر نوزاد به سانتی متر به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن دور سر نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه نشانه ای مانند خط تیره یا ممیز و یا نوشتن متن نظیر سه دهم متر خودداری شود. دور سر به سانتی متر و حداکثر با دو رقم اعشار ثبت شود.

37. قد نوزاد (سانتی متر)

قد نوزاد به سانتی متر به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن قد نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه نشانه ای مانند خط تیره یا نوشتن متن نظیر نیم متر خودداری شود.

38. سن بارداری:

سن بارداری به هفته با استفاده از اعداد صحیح در قسمت مربوطه تایپ شود و بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه میشود. فقط محدوده 20 الی 45 هفته قابل ثبت است. از نوشتن روز در کنار هفته خودداری گردد. برای مثال 41 هفته و 6 روز به صورت 41 هفته تایپ شود.

39. نوع زایمان

نوع زایمان به صورت واژینال یا سزارین انتخاب می گردد.

40. زایمان واژینال بعد از سزارین (وی بک - VBAC)

در صورت انجام زایمان به صورت واژینال در خانمی که زایمان قبلی آن به صورت سزارین بوده است، گزینه بله انتخاب گردد.

41. پرزانتاسیون: عضو نمایش جنین در زمان زایمان در این قسمت وارد گردد:

سفالیک بریچ عرضی یا سایر پرزانتاسیون ها

42. سابقه سزارین

در صورت سابقه انجام زایمان سزارین گزینه بله انتخاب گردد.

43. استفاده از روشهای کاهش درد زایمان

در صورت استفاده از یکی از روش های کاهش درد ذکر شده در زیر، گزینه مربوطه انتخاب گردد:

ندارد غیر دارویی اپیدورال اسپینال انتونوکس

44. علت سزارین:

در صورت انتخاب نوع زایمان به روش واژینال، فیلد علت سزارین غیر فعال می گردد. اما در صورت انتخاب نوع زایمان به روش سزارین، فیلد علت سزارین فعال می گردد که شامل 9 گزینه است و تنها یک گزینه را میتوان انتخاب نمود.

(1) سزارین قبلی و یا اسکار رحمی

(2) زجر جنین

(3) پرزانتاسیون غیرطبیعی

(4) مشکلات جفت و بندناف

(5) به درخواست مادر

(6) لیبر غیرطبیعی (دیستوشی)

(7) سایر علل تعریف نشده

اگر در پرونده مادر، چندین علت برای سزارین ذکر شده است، می بایست تنها یک علت را که اصلی است ثبت نمود. مثلاً در مورد سزارین تکراری و بریچ، سزارین تکراری ثبت شود. فشار خون بالا و پرزانتاسیون غیر طبیعی، پرزانتاسیون غیر طبیعی ثبت شود. ضمناً در صورت دکلمان در ابتدای فاز فعال و نیاز سریع به ختم بارداری با انجام سزارین، علت دیسترس جنینی ثبت شود. در موارد جفت سرراهی و پرولاپس بند ناف، مشکلات جفت و بند ناف علامت زده شود.

تذکر: دلایلی مانند عیوب انکساری چشم یا دیسکوپاتی از اندیکاسیونهای مجاز سزارین نمی باشند و نباید به عنوان سایر علت های تعریف نشده انتخاب شوند.

45. عامل زایمان

متخصص زنان رزیدنت زنان ماما پزشک عمومی ماما روستا/بهورز ماما ماما محلی

عامل زایمان کسی است که زایمان (خروج کامل جنین) را انجام داده است حتی اگر فرآیند لیبر توسط فرد دیگری کنترل شده

باشد.

در صورتیکه نوع زایمان سزارین باشد عامل زایمان نمی تواند ماما - پزشک عمومی - ماما روستا/بهورز ماما - ماما محلی باشد

46. مکان زایمان

محل زایمان از گزینه های موجود انتخاب میشود.

○ بیمارستان ○ واحد تسهیلات زایمانی ○ منزل ○ در مسیر انتقال ○ سایر

منظور از زایمان خروج نوزاد می باشد بنابراین چنانچه خروج نوزاد بین راه و خروج جفت در بیمارستان اتفاق افتاده باشد زایمان بین راه علامت زده شود. در این حالت عامل زایمان کسی است که جفت را خارج نموده است.

47. تماس پوست به پوست در ساعت اول

براساس مدت زمان تماس پوست به پوست نوزاد با مادر گزینه مربوطه انتخاب گردد: ○ انجام نشد ○ کمتر از یک ساعت تماس ○ یک ساعت یا بیشتر تماس پوست به پوست

48. تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست

در صورت شیردهی (سینه مادر) در ساعت اول تولد گزینه بله و در غیر اینصورت خیر انتخاب گردد: ○ بله ○ خیر

49. پیشرفت عملیات احیا

در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا نداشته باشد، گزینه نیاز به احیا نداشت علامت زده می شود، و در این صورت سایر گزینه ها غیر قابل انتخاب می گردند. اما در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا داشته باشد، بر اساس آخرین مرحله احیا که برای نوزاد انجام شده یکی از چهار گزینه های مربوطه انتخاب گردد:

○ نیازی به احیا نداشته است ○ PPV ○ CPAP ○ فشردن قفسه سینه ○ تجویز دارو

تذکر: گرم و خشک کردن نوزاد جزئی از مراقبت های اولیه نوزاد در بدو تولد می باشد که برای تمام نوزادان سالم و نیازمند احیا انجام می شود. بنابراین باید توجه نمود انجام این مراقبت ها در گام های نخستین احیا نوزاد در نوزاد سالم دسته بندی نگردد.

50. لوله گذاری تراشه برای تهویه

در صورت لوله گذاری (ایتوباسیون) جهت انجام عملیات احیا گزینه بله و در غیر اینصورت خیر انتخاب گردد: ○ بله ○ خیر

51. حضور پزشک برای احیا نوزاد در اتاق زایمان

در صورت حضور پزشک در اتاق زایمان، جهت انجام احیای نوزاد گزینه بله انتخاب گردد و در این حالت انتخاب مرتبه علمی پزشک اجباری می شود. منظور حضور پزشک غیر از متخصص زنان می باشد و در صورت حضور چند پزشک، فقط یک گزینه به ترتیب زیر انتخاب گردد. برای مثال در صورت حضور همزمان متخصص اطفال و متخصص بیهوشی، متخصص اطفال انتخاب گردد:

○ فوق تخصص نوزادان ○ دستیار فوق تخصصی نوزادان ○ متخصص اطفال ○ دستیار تخصصی اطفال ○ پزشک بیهوشی

52. نمره آپگار دقیقه 1

بر اساس جدول آپگار، نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول تولد با اعداد 1 تا 10 تعیین و در کادر مربوطه نوشته می شود.

53. نمره آپگار دقیقه 5

نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم تولد با اعداد 1 تا 10 تعیین و در کادر مربوطه به صورت دستی نوشته می شود.

54. نمره آپگار دقیقه 10

نمره آپگار نوزاد در دقیقه ده تولد با اعداد 1 تا 10 تعیین و در کادر مربوطه به صورت دستی نوشته می شود. اجباری در صورت آپگار دقیقه پنج کمتر از 7

55. نمره آپگار دقیقه 20

نمره آپگار نوزاد در دقیقه بیست تولد با اعداد 1 تا 10 تعیین و در کادر مربوطه به صورت دستی نوشته می شود. اجباری در صورت آپگار دقیقه ده کمتر از 7

جدول نمره آپگار

APGAR	آنگار	امتاز دو	امتاز یک	امتاز صفر
Appearance	ظاهر/رنگ	بدون هرگونه سیانوز رنگ طبیعی	فقط کبودی دست‌ها و	کبود و یا رنگ‌پریدگی
Pulse	بالس	بیشتر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	بدون نض
Grimace	رفلکس و	گریه و عقب کشیدن اندام تحریک	حرکت خفیف/ناله در	بدون پاسخ به تحریک
Activity	اکتیویتی و	مقاومت در برابر کشیده شدن دست	کمی فلکسیون و حرکت	بدون هیچ‌گونه حرکت
Respiration	تلاش برای	گریه طبیعی با صدای بلند	ناله و گریه ضعیف	بدون تنفس

56. فرجام نوزادی:

بر اساس سرانجام نوزاد پس از زایمان تا خروج از اتاق عمل یا اتاق زایمان، تنها یکی از پنج گزینه زیر انتخاب می گردد:
 انتقال به نزد مادر بستری در همان بیمارستان مرده زایی فوت نوزاد انتقال به بیمارستان دیگر:

57. صدمات زایمانی: در صورت وجود صدمات زایمانی زیر، گزینه بله و سپس یکی از گزینه های مربوطه انتخاب گردد.
شکستگی ترقوه فلج ارب دوشن فلج کلامپکه خونریزی مغزی سفال هماتوم خونریزی ساب گائال

58. آیا ABG بند ناف گرفته شد؟ در صورت انجام ABG از خون بند ناف گزینه بله انتخاب گردد و سپس مقادیر مربوطه تکمیل گردد:

PH. Base Excess (BE): PCO2:
.

59. مرگ نوزاد در اتاق زایمان

مراقبت تسکینی (Palliative Care): بله خیر
مراقبت تسکینی شامل همه اقدامات فعال و کامل برای کاستن از رنج و درد در بیمار است. در حالت عمده این روش مختص به بیماران مبتلا به یک بیماری خاص است که به درمان پاسخ نمی دهند و نتیجه مستقیم بیماری، مرگ است و تنها به آرام نمودن بیمار و کم کردن نشانه های بیماری در وی برمی گردد.

علت مرگ

○ ناهنجاری بدو تولد ○ آسفیکسی ○ نارسى (سن بارداری کمتر از 26 هفته) ○ سندرم دیسترس تنفسی (RDS) ○ عفونت ○ سایر موارد:

بر اساس علل ذکر شده یک علت انتخاب گردد.

توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد کشنده و نارسى، ناهنجاری بدو تولد به عنوان علت مرگ انتخاب گردد:

○ **ناهنجاری بدو تولد:** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده، عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافراگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلو مننگوسل، از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.

○ **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی / HIE:** در صورت عدم وجود ناهنجاری بدو تولد و وجود کرایتریای تشخیصی آسفیکسی که در سطور بالا به آن اشاره شد و همچنین سن حاملگی بیشتر یا مساوی 26 هفته این مورد را انتخاب نمایید.

○ **نارسى (سن بارداری کمتر از 26 هفته):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از 26 هفته دارد این مورد را انتخاب نمایید.

○ **سندرم دیسترس تنفسی (RDS):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسى کمتر از 26 هفته نداشته و به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت نموده است مورد چهارم یعنی سندرم دیسترس تنفسی را انتخاب نمایید. این موضوع علیرغم آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.

○ **عفونت (سپسیس):** در صورتی که عفونت علت اصلی مرگ است و ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسى کمتر از 26 هفته و سندرم دیسترس تنفسی علت اصلی مرگ نبوده و علائم و نشانه های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و کشت وی مثبت بوده یا نشانه های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب نمایید.

○ **سایر موارد:** در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق نمرده است موارد دیگر را انتخاب نمایید.

60. مرگ داخل رحمی

زمان فوت: ○ قبل از مراجعه با زایشگاه ○ در طی زایمان در زایشگاه ○ نامشخص

در صورت فوت داخل رحمی (مرده زایی)، در صورتیکه زمان فوت مشخص می باشد گزینه مربوطه (قبل از مراجعه به زایشگاه یا وقوع فوت در طی زایمان) انتخاب گردد. در صورتیکه زمان وقوع فوت مشخص نمی باشد گزینه نامشخص انتخاب گردد.

علت مرگ (مرگ داخل رحمی)

علت فوت از گزینه های ذکر شده انتخاب گردد:

○ بیماری جنین: شامل ناهنجاری کشنده، عفونت های جنین نظیر تورچ، خونریزی های جنین - مادر داخل رحمی، هیدروپس . محدودیت های رشد جنینی (Growth restriction) و سایر بیماریهای کشنده جنینی

○ اختلال مایع آمنیوتیک: شامل کوریوآمنیونیت، الیگوهایدر و آمنیوس، پلی هایدر و آمنیوس و سایر اختلالات درگیر کننده مایع آمنیوتیک

○ اختلال جفت: شامل دکولمان جفت، جفت سرراهی، وازوپرویا (عروق سرراهی)، نارسایی جفت و سایر مشکلات مرتبط با جفت

○ اختلال بند ناف: شامل پرولاپس بند ناف، چسبندگی نابجای بند ناف (ولامنتوز)، گره حقیقی بند ناف و سایر اختلالات کشنده مرتبط با بند ناف

○ آسفیکسی: وجود یکی از علایم زیر در پیش یا حین زایمان:

- وجود شواهدی از اختلال شدید FHR پیش از زایمان یا
- PH بندناف کمتر از 7 و BE بیشتر از 12.

○ نامشخص: شامل مرگ های بدون توجیه مامایی شامل مرده زایی های توجیه نشده، پارگی زودرس پرده ها یا عدم وجود اطلاعات کافی درباره دوره بارداری یا زایمان
○ سایر موارد:

توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود چند علت مانند بیماری جنین و اختلال بند ناف، بیماری جنین به عنوان علت مرگ انتخاب گردد:

61. ناهنجاری بدو تولد

در صورتی که نوزاد در بدو تولد ناهنجاری قابل شناسایی نداشته باشد، گزینه ناهنجاری ندارد انتخاب شود و به این ترتیب سایر گزینه ها غیر فعال می گردد. اما در صورتی که نوزاد ناهنجاری قابل مشاهده و یا تایید شده توسط سونوگرافی را داشته باشد، یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد. (توجه: گزینه های مربوطه در پیوست آورده شده است):

- 1) سیستم عصبی
- 2) قلبی عروقی
- 3) تنفسی
- 4) گوارشی
- 5) ادراری تناسلی
- 6) اسکلتی عضلانی
- 7) پوست
- 8) چشم، گوش سر و گردن
- 9) سایر موارد

نوزاد جدید

در صورتی که زایمان ثبت شده دو قلوبی یا چند قلوبی باشد برای ورود اطلاعات تمام نوزادان حاصل از این زایمان پس از باز نمودن فرم جدید و وارد نمودن کد ملی مادر (در صورتیکه مادر ایرانی و دارای کد ملی باشد و در فرم قبلی ثبت شده باشد) و کلیک کردن بر روی "نوزاد جدید" مشخصات مادر که در فرم نوزاد اول درج شده، نمایش داده خواهد شد و نیازی به تکمیل مجدد آن مشخصات نخواهد بود. در صورتیکه مادر غیر ایرانی یا فاقد کد ملی باشد ورود مشخصات مادر در فرم جدید (نوزاد دوم به بعد) اجباری و به دستی باید انجام گیرد.

پیوست:

انواع ناهنجاری های بدو تولد:

سیستم عصبی:

Anencephaly
Spina Bifida
Encephalocele
Meningomyelocele
Microcephaly
Holoprosencephaly
Hydrocephaly
Dandy-Walker Syndrome
Arnold Chiari Syndrome
Others

اسکلتی عضلانی:

Polydactyly Reducing Limb
 Syndactyly
 Club Foot
Osteogeneses Imperfectal
Achondroplasia
Others

قلبی عروقی:

Transposition Large Vessels
 Pulmonary Stenosis
Truncus Arteriosus Aortic Stenosis
 VSD
 ASD
 Tetralogy of Fallot
Hypoplastic Left Heart Syndrome
 Coarctation of Aorta
 Single Ventricle
Endocardial Cushion Defect
Multiple Cardiac Anomalies
Others

پوست:

Skin Tag
Hyperkeratosis
Epidermolysis Bullosa
Others

تنفسی:

Congenital Diaphragmatic Hernia
Eventration of Diaphragm
Choanal Atresia Bilateral
Cystic Adenomatous Malformation
Sequestration
Bronchogenic Cysts
Web. Stenosis. Laryngeal Atresia
Others

چشم، گوش سر و گردن:

Cleft Lip With or Without Cleft Palate
Anophthalmos
Microphthalmos
Unspecified Anophthalmos/Microphthalmos
Anotia
Microtia
Unspecified Anotia Microtia
Hyperthelormism
Cataract
Glaucoma
Others

گوارشی:

Omphalocele
Gastroschisis
Esophageal Atresia/Stenosis With or Without Fistula
Anorectal Atresia/Stenosis Small Intestine Atresia/Stenosis
Malrotation of Gut
Hirschsprung
Others

اختلالات کروموزومی:

Trisomy 21 (Down`s syndrome)
Trisomy 18
Trisomy 13
Prune Belly Sequence
VACTERAL Syndrome
CHARGE Association
Pier Robin Syndrome
Turner Syndrome
Others Mal Chrom

ادراری تناسلی:

Renal agenesis dysgenesis
Renal ectopy
Hydronephrosis
Ambiguous Genitalia
Posterior Urethral Valve
Multicystic Kidney
Undescended Testis ($\geq 36w$)
Hypospadias
Epispadias
Bladder Exstrophy
Others

سایر موارد:

در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد که در لیست فوق وجود ندارد، این قسمت تکمیل شود.