



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

بسمه تعالی

از طریق سیستم چارگون دبیرخانه معاونت درمان
دریافت شد

شماره... ۵۴۰۰/۱۱۶۴۷
تاریخ... ۱۳۹۸/۰۵/۱۹
پست... د. ا. د.

معاون محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: پیرو ابلاغ فرم پیشرفت بالینی نوزاد

با سلام و احترام

پیرو ابلاغ فرم پیشرفت بالینی نوزاد به شماره ۴۰۰/۶۱۴۹ مورخ ۹۸/۰۳/۲۲، نظر به استعلام تعداد کثیری از دانشگاهها در خصوص محل قرارگیری فرم مذکور در پرونده پزشکی، به استحضار می رساند "فرم پیشرفت بالینی نوزاد ویژه پزشک" جایگزین "فرم سیر بیماری جنرال" در پرونده پزشکی نوزاد بیمار می باشد.

مقتضی است دستور فرمایید موضوع به نحو شایسته به بیمارستانهای تحت نظارت اطلاع رسانی گردد.

#signature#

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
دبیرخانه معاونت درمان
۱۳۹۸ / ۵ / ۱۹
شماره: ۳۷۸۲۷۰۴

دکتر بهزاد کلانتری بنگر

مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و

تعالی خدمات بالینی

رونوشت:

جناب آقای حسینی وفا دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د ایران
جناب آقای محمد علی نفاقت دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د تربت جام
سرکار خانم پورهایم دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د تهران
جناب آقای چنگجو دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د گراش
سرکار خانم مهدوی دبیرخانه م درمانی دانشکده ع پ و خ ب د آبادان
سرکار خانم جلالی راد دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شهید بهشتی
جناب آقای محمد امین کشاورز دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د فارس
سرکار خانم حیدری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شاهرود
جناب آقای دشتیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د ایرانشهر
سرکار خانم نقوی دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د مراغه
سرکار خانم الگامه دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کهکیلویه و بویر احمد
سرکار خانم اسدی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د دبیرخانه اسفراین
سرکار خانم محبوبه سرخیل دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د ساوه
سرکار خانم طاهری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د بم
سرکار خانم صادقی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د فسا
سرکار خانم خوبرو پاک دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د قزوین
جناب آقای نامدار دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د قم
سرکار خانم سلیمانیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د چهارمحال بختیاری
جناب آقای زبارتی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کاشان
سرکار خانم شفقت دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د البرز
سرکار خانم شریفی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کردستان
سرکار خانم ابراهیمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمان
جناب آقای مهدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمانشاه
سرکار خانم رخساره میر محمدی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گلستان
جناب آقای رحماندوست دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گناباد
سرکار خانم کاظمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گیلان
سرکار خانم مهندس میرآخوری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د لرستان
جناب آقای خزالی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مازندران
سرکار خانم راضیه مرید احمدی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مشهد
سرکار خانم سکینه کارگزار دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د نیشابور
سرکار خانم حمیدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د همدان
سرکار خانم زارع دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د یزد
جناب آقای عطیقه دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اراک
سرکار خانم یوسف نژاد دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اردبیل
سرکار خانم احمدزاده دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د ارومیه
سرکار خانم کهرنگی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اصفهان

۳۷۲۷۶۰۵

حاجه لور حدادی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

National ID:

کد ملی:

Unit Number

شماره پرونده:

فرم پیشرفت بالینی نوزاد ویژه پزشک

NEONATAL CLINICAL PROGRESS FORM

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward بخش	Room اتاق:	Bed تخت:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Sex جنس:	Female ☐ زن	Male ☐ مرد	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:
						تاریخ (روز/ماه/سال) و ساعت ویزیت
						سن تقویمی نوزاد (هفته و روز) Chronological Date
						سن بعد از لقاح (هفته/روز) Gestational Age(W&D)
						وزن نوزاد: (گرم) Weight (Gram)
						بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان NICU \ NSCU
						ساعات حضور مادر در بخش Mother's Attendance Hours
						تعداد مراقبت آغوشی (حداقل یک ساعت) Number of KMC
						نوع و مقدار تغذیه خوراکی Kind And Amount of Oral Feeding
						مایع درمانی (تغذیه کامل تزریقی) Total Parenteral Nutrition/ (mL/kg)(TPN)
						آنتی بیوتیک ها Antibiotics
						کاتتر ورید نافی / کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط Umbilical Vascular Catheter / PICC
						تشخیص های بالینی روزانه Daily Clinical Diagnosis
						اقدامات تشخیصی و درمانی Diagnostic and Therapeutic Procedures
						مراقبت تنفسی Respiratory Care
						نام و نام خانوادگی و امضا پزشک معالج Attending Physician's Name, Sign and Seal

راهنمای تکمیل فرم پیشرفت بالینی نوزاد (ویژه پزشک)

این فرم بصورت روزانه توسط پزشک بخش تکمیل و امضا گردد.

- **سن تقویمی نوزاد:** تعداد روزهای سپری شده از زمان تولد نوزاد بر حسب روز و هفته محاسبه گردد.
- **سن بعد از لقاح نوزاد:** برای محاسبه: سن حاملگی نوزاد (Gestational Age) با سن تقویمی نوزاد (Chronological Age) جمع گردد و عدد حاصل بر حسب روز و هفته ثبت گردد.
- **ساعات حضور مادر در بخش:** ساعات حضور مادر در بخش نوزادان در ۲۴ ساعت گذشته (با سوال از مادر یا پرستار)، ثبت گردد.
- **تعداد مراقبت آغوشی (Kangaroo Mother Care):** تعداد دفعاتی که مادر (حداقل یک ساعت یا بیشتر) نوزاد خویش را در ۲۴ ساعت گذشته مراقبت آغوشی نموده است.
- **نوع و مقدار تغذیه خوراکی:** یکی از شیوه های ذیل ثبت گردد.
 - تغذیه از پستان مادر (BF: Breast Feeding)
 - تغذیه با شیر مصنوعی (FF: Formula Feeding)
 - شیر اهدایی مادران (DBM: Donner Breast Milk)
- **مایع درمانی:** نوع و میزان مایع درمانی نوزاد، ثبت گردد.
- **آنتی بیوتیک ها:** نام آنتی بیوتیک های تجویزی و این که روز چندم مصرف آن است به صورت عدد در کنار نام آنتی بیوتیک، ثبت گردد.
- **کاتتر**
 - ورید نافی (Umbilical Vascular Catheter)
 - کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط (PICC: Peripherally Inserted Central Catheter)
- **مراقبت تنفسی:** در صورت دریافت:
 - اکسیژن
 - Nasal continuous positive airway pressure :NCPAP
 - High Flow Nasal Cannula :HFNC
 - تهویه مکانیکی

ذکر شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

National ID:

کد ملی:

Unit Number

شماره پرونده:

فرم پیشرفت بالینی نوزاد ویژه پزشک

NEONATAL CLINICAL PROGRESS FORM

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward	بخش	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		Room	اتاق:				
		Bed	تخت:				
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Sex	جنس:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Female ☐ زن	Male ☐ مرد		(روز/ماه/سال)		
							تاریخ (روز/ماه/سال) و ساعت ویزیت
							سن تقویمی نوزاد (هفته و روز) Chronological Date
							سن بعد از لقاح (هفته/روز) Gestational Age (W&D)
							وزن نوزاد: (گرم) Weight (Gram)
							بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان NICU \ NSCU
							ساعات حضور مادر در بخش Mother's Attendance Hours
							تعداد مراقبت آغوشی (حداقل یک ساعت) Number of KMC
							نوع و مقدار تغذیه خوراکی Kind And Amount of Oral Feeding
							مایع درمانی (تغذیه کامل تزریقی) Total Parenteral Nutrition/ (mL/kg)(TPN)
							آنتی بیوتیک ها Antibiotics
							کاتتر ورید نافی / کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط Umbilical Vascular Catheter / PICC
							تشخیص های بالینی روزانه Daily Clinical Diagnosis
							اقدامات تشخیصی و درمانی Diagnostic and Therapeutic Procedures
							مراقبت تنفسی Respiratory Care
							نام و نام خانوادگی و امضا پزشک معالج Attending Physician's Name, Sign and Seal

راهنمای تکمیل فرم پیشرفت بالینی نوزاد (ویژه پزشک)

این فرم بصورت روزانه توسط پزشک بخش تکمیل و امضا گردد.

- سن تقویمی نوزاد: تعداد روزهای سپری شده از زمان تولد نوزاد بر حسب روز و هفته محاسبه گردد.
- سن بعد از لقاح نوزاد: برای محاسبه: سن حاملگی نوزاد (Gestational Age) با سن تقویمی نوزاد (Chronological Age) جمع گردد و عدد حاصل بر حسب روز و هفته ثبت گردد.
- ساعات حضور مادر در بخش: ساعات حضور مادر در بخش نوزادان در ۲۴ ساعت گذشته (با سوال از مادر یا پرستار)، ثبت گردد.
- تعداد مراقبت آغوشی (Kangaroo Mother Care): تعداد دفعاتی که مادر (حداقل یک ساعت یا بیشتر) نوزاد خویش را در ۲۴ ساعت گذشته مراقبت آغوشی نموده است.
- نوع و مقدار تغذیه خوراکی: یکی از شیوه های ذیل ثبت گردد.
 - تغذیه از پستان مادر (BF: Breast Feeding)
 - تغذیه با شیر مصنوعی (FF: Formula Feeding)
 - شیر اهدایی مادران (DBM: Donner Breast Milk)
- مایع درمانی: نوع و میزان مایع درمانی نوزاد، ثبت گردد.
- آنتی بیوتیک ها: نام آنتی بیوتیک های تجویزی و این که روز چندم مصرف آن است به صورت عدد در کنار نام آنتی بیوتیک، ثبت گردد.
- کاتتر
 - ورید نافی (Umbilical Vascular Catheter)
 - کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط (PICC: Peripherally Inserted Central Catheter)
- مراقبت تنفسی: در صورت دریافت:
 - اکسیژن
 - NCPAP: Nasal continuous positive airway pressure
 - HFNC: High Flow Nasal Cannula
 - تهویه مکانیکی

ذکر شود.