



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

از طریق سیستم چار کون دبیرخانه معاونت درمان
دریافت شد

شماره... ۶۱۴۹/۴۰۰۰...
تاریخ... ۱۳۹۸/۰۳/۲۲...
پیوست... ۱...
... ۱۳۹۸/۰۳/۲۲...

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

موضوع: ابلاغ فرم پیشرفت بالینی نوزاد

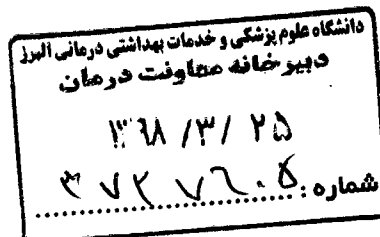
با سلام و احترام

نظر به اهمیت استاندارد سازی مستندات پرونده پزشکی، به پیوست "فرم پیشرفت بالینی نوزاد ویژه پزشک" که توسط اداره سلامت نوزادان معاونت بهداشت تدوین گردید و توسط اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان بررسی و تأیید گردید، و کد کشوری به آن اختصاص یافت، ارسال می گردد.

مقتضی است دستور فرمایید این فرم به همراه راهنمای تکمیل آن در اختیار بیمارستان های تحت نظارت قرار گرفته و حداکثر از ابتدای مرداد ماه سال جاری جایگزین فرم های موجود گردد.

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان
از طرف



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