

## پرسش نامه طرح نوزادان با وزن کم زمان تولد

شماره پرونده: ..... کد ملی: ..... شماره تلفن: ..... موبایل: .....  
نام: ..... نام و نام خانوادگی مادر: ..... نام و نام خانوادگی پدر: .....  
تاریخ زایمان: ..... بخش بستری: .....

### چگونگی پذیرش:

بعد از تولد در همان بیمارستان  نوزاد سر راهی / انتقال از بهزیستی  بستری مجدد بعد از ترخیص از همان بیمارستان یا بیمارستان دیگر

بستری بعد از زایمان در خارج بیمارستان:  تولد در خارج از کشور  انتقال متصل به تولد از بیمارستان دیگر   
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 غیر تهاجمی (سی پاپ)  تهویه تهاجمی (بالوله تراشه)  بله  خیر

در صورتی که نوزاد در 72 ساعت ابتدای تولد ارجاع شده است؟  بله  خیر

آیا تجویز سورفاکتانت قبل از انتقال صورت گرفته است  بله  خیر

### علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش:

بلافاصله بعد از رسیدن به بخش نیاز به احیا پیدا کرد  بله  خیر

در حال شوک/کما/تشنج/هیپوترمی شدید به بخش آورده شد  بله  خیر

بالوله تراشه در حال تهویه به بخش آورده شد  بله  خیر

در حال دریافت NCPAP به بخش آورده شد  بله  خیر

نارسی/کم وزنی  بله  خیر

دیسترس تنفسی/تاکی پنه  بله  خیر

هیپوگلیسمی  بله  خیر

شک به عفونت  بله  خیر

اشکال در تغذیه  بله  خیر

استفراغ  بله  خیر

کم آبی  بله  خیر

ناهنجاری بدو تولد  بله  خیر

زردی  بله  خیر

نیاز به عمل جراحی بله  خیر

تشنج بله  خیر

آپکار پایین/هیپوتونی بله  خیر

ROP نیازمند معاینه یا درمان بله  خیر

سندرم محرومیت بله  خیر

وزن هنگام بستری بله  خیر

دور سر هنگام بستری بله  خیر

دمای بدن هنگام بستری بله  خیر

چند قلوبی؟ بله  خیر

قل چندم؟ اول:  دوم:  سوم:  .....

مشخصات مادر نوزاد:

نام و نام خانوادگی مادر: .....

تاریخ تولد مادر: .....

ملیت مادر: ایرانی  غیر ایرانی  نام کشور: .....

کد ملی مادر: .....

فاقد کد ملی:

Gravid: ..... Para: ..... Abortion: ..... Living child: .....

اطلاعات زایمانی نوزاد:

نشانی محل زندگی: استان: ..... شهرستان: ..... شماره تلفن همراه مادر یا پدر: .....

محل سکونت دائم مادر:  روستا  شهر  عشایر

نوع بیمه: .....

### میزان تحصیلات مادر:

بی سواد:  ابتدایی:  دبیرستان:  دیپلم:  فوق دیپلم:  لیسانس:  دکترا:  فوق دکترا:

تجویز کورتیکواستروئید نامشخص  نگرفته  ناقص  کامل

تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری IUGR  بله  خیر

سابقه مرده زایی:  بله  خیر

مرگ نوزاد قبلی خیر  بله

عوامل خطر بارداری: خیر  بله

وزن: ..... قد: ..... شاخص توده بدنی: .....

مراقبت پری ناتال: بله  خیر

تعداد مراجعات: .....

بیماری مادر:

فشارخون مزمن بله  خیر

پره اکلامپسی/اکلامپسی بله  خیر

بیماری اتوایمیون بله  خیر

دیابت بارداری بله  خیر

دیابت غیر بارداری بله  خیر

هیپوتیروییدی بله  خیر

بیماری اعصاب و روان بله  خیر

عفونت بله  خیر

کورویوآمنیونیت بله  خیر

هپاتیت B بله  خیر

HIV+ / ایدز بله  خیر

بیماری ناشی از بارداری بله  خیر

دیابت بارداری بله  خیر

پره اکلامپسی/اکلامپسی بله  خیر

سوء مصرف مواد:

سیگار و دخانیات در بارداری اخیر بله  خیر

تعداد در روز: ..... مدت به ماه: .....

اعتیاد مادر به مواد مخدر بله  خیر

اعتیاد مادر به مواد یا داروهای روانگردان بله  خیر

مشروبات الکلی در دوران بارداری بله  خیر

عوامل خطر زایمانی: خیر  بله

پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت: بله  خیر

آغشتگی به مگونیوم: بله  خیر

دکلمان جفت: بله  خیر

ضربان قلب جنینی مختل: بله  خیر

مداخله های حین زایمان: خیر  بله

توقف انقباضات رحمی: بله  خیر  القا یا تقویت درد زایمان: بله  خیر

استفاده از فورسپس یا واکيوم: بله  خیر  تجویز منیزم سولفات: بله  خیر

### مشخصات نوزاد در بدو تولد:

تاریخ تولد نوزاد: ..... ساعت تولد: ..... جنسیت: مذکر  مونث  مبهم

سن بارداری: ..... وزن (گرم): ..... دور سر: (cm) ..... قد: (cm) .....

پرزانتاسیون: سفالیک: بله  خیر  بریچ: بله  خیر  سایر: .....

فرجام نوزاد پس از زایمان:  انتقال نزد مادر  بستری در همان بیمارستان  انتقال به بیمارستان دیگر

نوع زایمان: سزارین  واژینال:  حضور پزشک برای احیا در اتاق زایمان: بله  خیر

دستیار تخصصی اطفال  متخصص اطفال  فوق تخصص نوزادان

پزشک بیهوشی  دستیار فوق تخصصی نوزادان  تجویز سورفاکتانت در اتاق زایمان: خیر  بله

پیشرفت عملیات احیا: نیازی به احیا نداشته است  PPV  CPAP  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

ناهنجاری بدو تولد (ارثی): خیر  بله

پوست:  .....

چشم، گوش سر و گردن:  .....

اختلالات کروموزومی:  .....

گوارشی:  .....

ادراری تناسلی:  .....

اسکلتنی عضلانی:  .....

سیستم عصبی :  .....

قلبی عروقی :  .....

تنفسی :  .....

تنفسی: خیر  بله  تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN): بله  خیر

بیماری مزمن ریوی (CLD) : بله  خیر  سندرم دیسترس تنفسی (RDS) : بله  خیر

سندرم آپیراسیون مکنونیوم (MAS) : بله  خیر  پنومونی: بله  خیر

سندرم های نشت هوا (پنومومدیاستن، پنوموتوراکس و غیره ) : بله  خیر

سایر مشکلات تنفسی: .....

بله  خیر  : ایسکمیک هیپوکسیک انسفالوپاتی

نامشخص  شدید  متوسط تا شدید  متوسط  خفیف تا متوسط  خفیف

سندرم محرومیت : بله  خیر  تشنج: بله  خیر  کرن ایکتروس: بله  خیر

خونریزی داخل بطنی : درجه (1) ساب اپاندیمال  درجه (2) داخل بطن های مغز

درجه (3) ونتریکولومگالی  درجه (4) داخل نسج مغز

عفونت : بله  خیر

عفونت بدون کشت مثبت: بله  خیر  ونت باکشت ( خون/ CSF /ادرار/.) مثبت: بله  خیر

منژیته (با یا بدون کشت CSF مثبت) : بله  خیر

متابولیک: بله  خیر

بیماری های متابولیک ارثی : بله  خیر  در حد مشکوک بدون بیماری: بله  خیر

تایید تشخیص توسط شواهد آزمایشگاهی : بله  خیر

هیپوتیرویدی: بله  خیر  هیپوگلیسمی: بله  خیر

مشکلات گوارشی: بله  خیر

اشکال در تغذیه : بله  خیر

انترلوکیت نکروزان (NEC) :

مرحله ( I ) شک به NEC  مرحله ( II ) شواهد رادیولوژیک  مرحله ( III ) پارگی روده

رتینوپاتی نارسی: بله  خیر

مرحله ( ROP ) : I  II  III  IV  V

منطقه ( Zone ) : I  II  III  پلاس: بله  خیر

زردی: بله  خیر  بالاترین مقدار بیلیروبین ثبت شده در پرونده: .....

فتو تراپی: بله  خیر  تعویض خون: بله  خیر  تعداد دفعات: ..... بار

سایر موارد: .....

اقدامات تشخیصی، آزمایشات

غربالگری رتینوپاتی: بله  خیر

انتقال و مشاوره با بیمارستان دیگر: بله  خیر

رتکم توسط غیر چشم پزشک در همان بیمارستان: بله  خیر

رتکم توسط چشم پزشک در همان بیمارستان: بله  خیر

توسط چشم پزشک بدون رتکم در همان بیمارستان: بله  خیر

بالاترین مقدار بیلیروبین ثبت شده در پرونده: .....: پایین ترین مقدار قند خون: .....

میکرواورگانسیم/ های کشت شده: .....: BE هنگام بستری: .....

سونوگرافی از نظر IVH: خیر  بله  تعداد دفعات: .....

اکوکاردیوگرافی: خیر  بله  تعداد دفعات: .....

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری)

حمایت تنفسی: خیر  بله

اکسیژن محیطی (هود یا اینکوباتور)  کانونلای بینی با جریان بالا (HFNC)

تهویه غیر تهاجمی سی پاپ یا NCPAP: بله  خیر

تهویه غیر تهاجمی دوپاپ یا سابیپ یا NIPPV: بله  خیر

تهویه مکانیکی تهاجمی IMV/SIMV/HFO (و غیره): بله  خیر

تجویز سورفاکتانت: خیر  بله  تعداد دفعات: .....

نوع سورفاکتانت:

۱- براکتانت ۲- سورونتا ۳- بلس ۴- کوروسورف ۵- آلوئوئوفکت  
شماره داروی نوبت اول: ..... شماره داروی نوبت دوم: ..... شماره داروی نوبت دوم: .....

### شیوه تجویز

نوبت اول  MIST   InSurE  IMV  سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز ..... مقدار به سی سی: .....

نوبت دوم ○ MIST ○ InSurE ○ IMV سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز ..... مقدار به سی سی.....

حمایت تنفسی در روز 7 تولد : خیر ○ بله ○

کانولای بینی : ○ اکسیژن محیطی ○ تهویه تهاجمی ○ تهویه غیر تهاجمی ○

حمایت تنفسی در روز 28 تولد : خیر ○ بله ○

کانولای بینی ○ اکسیژن محیطی ○ تهویه تهاجمی ○ تهاجمی ○ تهویه غیر ○

مداخلات درمانی: خیر ○ بله ○

تعویض خون : بله □ خیر □ تجویز گلبول قرمز فشرده : بله □ خیر □

Chest tube : بله □ خیر □ انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل: بله □ خیر □

استفاده از کاتتر ورید نافی : بله □ خیر □

استفاده از PICC : بله □ خیر □

سرما درمانی فعال (با دستگاه) : بله □ خیر

تجویز آنتی بیوتیک: بله □ خیر □

درمان ROP : لیزر تزریق داخل چشمی آواستین: بله □ خیر □

تجویز داروهای خاص: خیر ○ بله ○

کورتیکو استروئید به منظور درمان CLD : بله □ خیر □

ایوپروفن/ایندومتاسین /استامینوفن به منظور درمان PDA لووتیروکسین : بله □ خیر □

IVIG برای درمان/پیشگیری سپسیس : بله □ خیر □

ضد قارچ برای پیشگیری یا درمان سپسیس کاندیدایی : بله □ خیر □

IVIG برای درمان زردی همولیتیک : بله □ خیر □

مداخلات تکاملی: خیر ○ بله ○

مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد : تعداد روز ها : .....

اقامت مادر در بیمارستان برای حداقل ۲۰ ساعت در روز : تعداد روز ها : .....

مراقبت تسکینی: بله ○ خیر ○ علت ؟ : .....

مرگ مغزی : بله □ خیر □

بیماری غیر قابل درمان : بله □ خیر □

## ترخیص و فرجام نوزاد

ترخیص با دستور پزشک : بله  خیر

انتقال به بهزیستی : بله  خیر

انتقال به سایر بیمارستان ها: بله  خیر

فوت در بخش یا طی انتقال : بله  خیر

ترخیص با رضایت شخصی : بله  خیر

نوع تغذیه هنگام ترخیص : بله  خیر

شیر مادر  شیر مصنوعی  شیر مادر تقویت شده با BMF  شیر مادر و شیر مصنوعی

شیوه تغذیه هنگام ترخیص :

سینه مادر به طور کامل : بله  خیر

سینه مادر و /یا شیوه های دیگر دهانی: بله  خیر

تغذیه از طریق لوله (OGT یا NGT) : بله  خیر

شیشه شیر : بله  خیر

در سندرم محرومیت آیا اورژانس اجتماعی برای بررسی شرایط حضانت در بیمارستان حضور یافت؟ خیر  بله

انتقال نوزاد به بیمارستان : ..... بله  خیر

بازگرداندن نوزاد به سطح پایینتر برای ادامه مراقبت (ارجاع معکوس) ؟ خیر  بله

علت انتقال نوزاد :

مشکلات مالی  کمبود تجهیزات  کمبود تخت  نیاز به تخصص ویژه/جراحی :  ادامه مراقبت در سطح پایینتر

علت اصلی مرگ:

ناهنجاری بدو تولد (ارثی)  نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته)  هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی)

سندرم دیسترس تنفسی (RDS)  عفونت (سپسیس)  سایر موارد  .....

علت رضایت شخصی : مشکلات خانوادگی  انتقال به بیمارستان دیگر  مشکلات مالی  شکایت از بستری طولانی

تاریخ ترخیص : ..... ساعت ترخیص : ..... وزن هنگام ترخیص : .....

دور سر هنگام ترخیص : .....

تعداد روز های بستری در بیمارستان : ..... تعداد روز های بستری در بخش NICU : .....

تعداد روز های بستری در بخش نوزادان یا کودکان : .....



اطلاعات مربوط به دوره پیگیری:

کد :

طول یا مدت و دوره بیماری:

میزان بهبودی:

کامل :

متوسط:

نسبی:

عدم بهبودی:

نیاز به پیگیری: