

فرم ثبت اطلاعات BPD نوزادان

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی:	تاریخ بستری:	ساعت:	بستری در بخش:
☐ بعد از تولد در همان بیمارستان ☐ انتقال متصل به تولد از بیمارستان دیگر	☐ بستری مجدد بعد از ترخیص از همان بیمارستان یا بیمارستان دیگر ☐ بستری بعد از زایمان در خارج بیمارستان یا تولد در خارج از کشور	☐ نوزاد سر راهی / انتقال از بهزیستی	چگونگی پذیرش:
مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده:			
آیا در بیمارستان ارجاع دهنده نوزاد تحت تهویه کمکی بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر نوع تهویه کمکی قبل از انتقال: ☐ تهویه تنه‌جیمی (با لوله تراشه) ☐ تهویه غیر تنه‌جیمی (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

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

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:
☐ فشارخون مزمن ☐ بیماری اتوایمیون ☐ دیابت غیر بارداری ☐ هیپوتیروئیدی ☐ بیماری اعصاب و روان	☐ کوریوآمینیونیت ☐ هپاتیت B ☐ HIV+/ایدز	☐ دیابت بارداری ☐ پره اکلامپسی / اکلامپسی	☐ سیگار و دخانیات در بارداری اخیر ☐ اعتیاد مادر به مواد مخدر ☐ اعتیاد مادر به روانگردان ☐ مشروبات الکلی در دوران بارداری
عوامل خطر زایمانی: ☐ پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت ☐ آغشتگی به مکنونیوم ☐ ضربان قلب جنینی مختل ☐ بله ☐ خیر ☐ مداخله های حین زایمان: ☐ القا یا تقویت درد زایمان ☐ استفاده از فورسپس یا واکيوم ☐ توقف انقباضات رحمی ☐ تجویز منیزیم سولفات ☐ بله ☐ خیر ☐			

مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد نوزاد:	ساعت تولد:	جنسیت: ☐ مذکر ☐ مونث ☐ مبهم	وزن (گرم):	سن بارداری:
دور سر (cm): قد (cm): پرناتالسیون بریج؟ ☐ بله ☐ خیر فرجام نوزادی زایمان: ☐ انتقال نزد مادر ☐ بستری در همان بیمارستان ☐ انتقال به بیمارستان دیگر				
نوع زایمان: ☐ واژینال ☐ سزارین	حضور پزشک برای احیا در اتاق زایمان: ☐ بله ☐ خیر			
تجویز سورفاکتانت در اتاق زایمان: ☐ بله ☐ خیر				
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:	