



نظام مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان - ۱۴۰۱

فرم ارزیابی اولیه نوزاد

جهت تکمیل برای تمامی نوزادان بستری شده در بیمارستان و شیرخوانی که طول مدت بستری آنها از دوره نوزادی گذشته است.



شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی: تاریخ بستری: ساعت: بستری در بخش:

محل تولد: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل در مسیر انتقال سایر تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد:

چگونگی پذیرش: بعد از تولد در همان بیمارستان انتقال از بیمارستان دیگر مراجعه از منزل نوزاد سر راهی / انتقال از بهزیستی ارجاع بلافاصله بعد از زایمان در خارج بیمارستان (تسهیلات زایمانی، زایمان در منزل، ...)

مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده: مشخصات بیمارستان محل تولد:

نوزاد سابقه بستری قبلی در بیمارستان داشته است؟ خیر بله، در همان بیمارستان بله، در بیمارستان دیگر

وضعیت نوزاد هنگام ورود به بخش

نیاز به احیا	دیسترس تنفسی	قلب و عروق	عصبی	ناهنجاری / جراحی	حوادث / صدمات زایمانی
<input type="checkbox"/> در بدو ورود به بخش احیا شد: (این گزینه را در صورت نیاز به PPV یا فشردن قفسه سینه در بدو بستری انتخاب کنید)	<input type="checkbox"/> در حال تهویه با لوله تراشه بود	<input type="checkbox"/> شوک یا برادیکاردی	<input type="checkbox"/> شلی / هیپوتونی	<input type="checkbox"/> ناهنجاری بدو تولد	<input type="checkbox"/> صدمات زایمانی
<input type="checkbox"/> در حال تهویه با سیپاپ بود	<input type="checkbox"/> سیانوز / افت O2SAT	<input type="checkbox"/> بیقراری / سندرم محرومیت	<input type="checkbox"/> تشنج	<input type="checkbox"/> اتساع شکم / نیاز به جراحی	<input type="checkbox"/> آپکار پایین / شک آسفیکسی / HIE
<input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی / تاکی پنه	<input type="checkbox"/> عفونت / سپسیس	<input type="checkbox"/> زردی / هماتولوژیک	<input type="checkbox"/> موارد دیگر	<input type="checkbox"/> نارس / وزن کم	
<input type="checkbox"/> دمای بدن	<input type="checkbox"/> شک به عفونت	<input type="checkbox"/> زردی / ایکتر		<input type="checkbox"/> نارس	
<input type="checkbox"/> هیپوترمی	<input type="checkbox"/> بی حالی / خوب شیر نخوردن	<input type="checkbox"/> خونریزی		<input type="checkbox"/> وزن کم	
<input type="checkbox"/> اشکال در تغذیه / استفراغ				<input type="checkbox"/> ریتینوپاتی نارس	
<input type="checkbox"/> کم آبی / دهیدراتاسیون					

وزن هنگام بستری	دور سر هنگام بستری	دمای بدن هنگام بستری (زیر بغل) (بدون تعدیل عدد)	چند قلو؟	قل چندم؟
.....

مشخصات مادر و نوزاد

نام و نام خانوادگی مادر	سال تولد مادر	ملیت مادر	کد ملی مادر	فائد کد ملی
.....	<input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	<input type="checkbox"/>

تکمیل توسط:

اطلاعات زایمانی نوزاد

محل سکونت دائم مادر: شهر روستا عشایر نشانی محل زندگی: استان: شهرستان: منطقه شهری: شماره تلفن همراه مادر یا پدر:

نوع بیمه: میزان تحصیلات مادر: تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): بله خیر

سابقه مرگ نوزاد: بله خیر سابقه مرده زایی: بله خیر نوع زایمان: واژینال سزارین گروه خونی مادر: A B AB O RH⁻ RH⁺

عوامل خطر بارداری: اعتیاد مادر به مواد مخدر و روانگردان دیابت بارداری دیابت پیش از بارداری پره اکلامپسی / اکلامپسی کوریوآمینیوت پیلونفریت کووید (مشکوک یا قطعی) فشارخون مزمن بیماری قلبی سایر موارد:

عوامل خطر زایمانی: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت آغشتگی به مکنونوم ضربان قلب جنینی مختل درازمان جفت خیر بله خیر

تجویز کورتیکواستروئید (بنتامتازون یا دکزامتازون): کامل ناقص نگرفته نامشخص بله خیر

تجویز آنتی بیوتیک به مادر (GA < ۳۲W) در طی بستری قبل از زایمان؟ بله خیر

تجویز سولفات منیزیم به مادر (GA < ۳۲W): بله خیر

تجویز توکولیتیک به مادر (GA < ۳۲W) برای تاخیر زایمان: بله خیر

مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد: نوع زایمان: سزارین واژینال

جنسیت: مذکر مونث میهم وزن (گرم): سن بارداری: دور سر (cm): قد (cm):

نیازی به احیا نداشت گامهای نخستین لوله گذاری تراشه برای تهویه: بله خیر

بیشترت عملیات احیا CPAP PPV فشردن قفسه سینه تجویز دارو

در نوزادان با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته آیا بلافاصله بعد از تولد در کیسه پلاستیکی گذاشته شد؟ بله خیر

در صورت نیاز به اکسیژن آیا با مخلوط اکسیژن و هوا از طریق بلندر تجویز شد؟ بله خیر

در صورت نیاز به CPAP / PPV آیا با دستگاه احیا تبیسی (نئویاف یا نتوتی) تجویز شد؟ بله خیر

چگونگی حضور تیم احیا نوزاد در اتاق زایمان / عمل؟ عدم حضور و انجام مراقبت توسط پرسنل همان محل حضور تیم قبل از تولد نوزاد حضور تیم بعد از تولد نوزاد

اعضا تیم احیا فراخوانده شده شامل؟ متخصص اطفال / فوق نوزادان پرستار احیا / نوزادان دستیار تخصصی / فوق تخصصی متخصص بیهوشی سایر موارد

آیا ABG بند ناف (در اتاق زایمان) گرفته شد؟ بله خیر PH بند ناف؟ کمتر از ۷/۰۰ ۷/۰۰ - ۷/۲ بیش از ۷/۲ BE بند ناف؟ کمتر از -۱۶ -۱۶ تا -۱۲ بیشتر از -۱۲

نمره آپکار دقیقه اول: نمره آپکار دقیقه ۵:

هنگام بستری تکمیل شود

از سامانه زایمانی در هنگام ترخیص نوزاد واکنشی شود.

