**فرم ثبت كودك بيمار كمتراز2ماه**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| وزن ....قد....  دورسر.......... | | وزن .... قد....  دورسر.......... | | وزن .... قد....  دورسر.......... | | | وزن .... قد....  دورسر.......... | |
| شماره خانوار(پرونده)00000تاريخ مراجعه: | | |  | |  | | |  | |  | |
| **نام كودك : علت مراجعه:** | | | ....... | | ....... | | | ....... | | ....... | |
| **ارزيابي نشانه خطر** | | 1)کاهش قدرت مکيدن 2)تشنج درچندروز اخير 3)استفراغ مکرر  تنفس دردقيقه.......... 4)تنفس تند 5 (توكشيدن شديدقفسه سينه 6) ناله كردن  7) پرش پره هاي بيني 8)كاهش سطح هوشياري 9) بيقراري وتحريك پذيري 10) تحرك كمترازمعمول وبيحالي 11) برآمدگي ملاج درجه حرارت......... 12) درجه حرارت بالا ياپايين 13) رنگ پريدگي 14) سيانوز 15)زردي24ساعت اول | 1 2 3 *.....بار* **4 5 6**  ***7* 8**  *9 10* **11** C..  **12 13 14 15** | | 1 2 3 *.....بار* **4 5 6**  ***7* 8**  *9 10* **11** C..  **12 13 14 15** | | | 1 2 3 *.....بار* **4 5 6**  ***7* 8**  *9 10* **11** C..  **12 13 14 15** | | 1 2 3 *.....بار* **4 5 6**  ***7* 8**  *9 10* **11** C.. 12 13 14 15 | |
| **طبقه بندي** | | **1- احتمال عفونت باكتريال شديد 2- عفونت باكتريال شديد ندارد** |  | |  | | |  | |  | |
| **زردي** | | آيا سفيدي چشم ونوك بيني زردمي باشد؟ اگربلي: مدت؟……. روز  1) زردي 24 ساعت اول 2) گسترش وسيع زردي3) مادرRh منفي  4) سابقه زردي خطرناك 5) سن حاملگي<37هفته 6) وزن تولد<2500گرم | بله/خير ....روز1 2 34 5 6 | | بله/خير ....روز1 2 34 5 6 | | | بله/خير ....روز1 2 34 5 6 | | بله/خير ....روز1 2 34 5 6 | |
| **طبقه بندي** | | 1-زردي شديد 2- زردي خفيف 3-زردي ندارد 4- زردي طولاني مدت |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **عفونت موضعي** | | 1)قرمزي،تورم و ترشحات چركي ازچشم 2)خروج ترشحات چركي چشم بدون تورم 3) قرمزي،گرمي وتورم پستان 4) بزرگي وسفتي پستان  5)قرمزي بيش از1سانتيمتراطراف ناف يا،خروج ترشحات چركي فراوان ازناف  6) قرمزي<1سانتيمتراطراف ناف يا ترشحات خونابه 7)خونريزي بيش ازچندقطره  8) جوش هاي چركي منتشر پوستي 9) جوش هاي چركي معدود(كمتراز10عدد) | 1 23 456 78 9 | | 1 23 456 78 9 | | | 1 23 456 78 9 | | 1 23 456 78 9 | |
| **طبقه بندي** | | 1)**عفونت شديد چشم2)عفونت خفيف چشم3)ماستيت4)پستان طبيعي5)خونريزي ناف**  **6**)عفونت **شديد ناف7**)عفونت **خفيف ناف8**)عفونت شديدپوستي**9**)عفونت خفيف پوستي |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **اسهال** | | براي چه مدت؟... وجودخون درمدفوع؟ 1)بيحالي وكاهش سطح هوشياري  2)بيقراري وتحريك پذيري 3) فرورفتگي چشم ها  4) پوست خيلي آهسته برمي گردد 5) پوست آهسته برمي گردد | .....روز بله/خير 12 34 5 | | .....روز بله/خير 12 34 5 | | | .....روز بله/خير 12 34 5 | | .....روز بله/خير 12 34 5 | |
| **طبقه بندي** | | 1**)كم آبي شديد2)كم آبي نسبي 3)كم آبي ندارد 4)اسهال پايدارشديد 5)اسهال خوني** |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **وزن** | | 1)زير منحني قرمز(3- انحراف معيار**)**  2)بالاي منحني قرمز  3) موازي وصعودي نبودن بامنحني رشد 4)موازي وصعودي بودن بامنحني رشد | وزن ..... كيلوگرم1 2 3 4 | | وزن ..... كيلوگرم1 2 3 4 | | | وزن .....كيلوگرم1 2 3 4 | | وزن ...... كيلوگرم1 2 3 4 | |
| **طبقه بندي** | | 1-**كم وزني شديد 2- اختلال رشددارد 3-اختلال رشدندارد 4- رشدنامعلوم** |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| تغذيه | | * + آيا كودك ازشيرمادر تغذيه مي شود؟ اگربلي: چند بار در 24 ساعت …   آيا شبها شير مي دهيد؟   * + آيا كودك غذا يا مايعات ديگر مي خورد؟ اگربلي: چه غذائي ؟…….   چند بار؟……باچه وسيله اي؟   * + اگرمشكل نغذيه اي يا اختلال رشددارد: نحوه پستان گرفتن................   نحوه مكيدن .............. وجود برفك دردهان؟ | بله/خير ......بار بله/خير  بله/خير ...... ..... .....بار .............. ......... ..  ......... .. بله/خير | | بله/خير ......بار بله/خير  بله/خير ...... ..... .....بار .............. ......... ..  ......... .. بله/خير | | | بله/خير ......بار بله/خير  بله/خير ...... ..... .....بار .............. .........  ......... .. بله/خير | | بله/خير .....بار بله/خير  بله/خير ...... ..... .....بار .............. ......... ..  ......... .. بله/خير | |
| **طبقه بندي** | | 1-مشكل تغذيه اي دارد 2- مشكل تغذيه اي ندارد |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| واکسن | | 1) عدم مطابقت با جدول واکسيناسيون 2) مطابقت با جدول واکسيناسيون | 1 2 | | 1 2 | | | 1 2 | | 1 2 | |
| مكمل | | 1) عدم مطابقت با جدول مكمل ها 2) مطابقت با جدول مكمل ها | 1 2 | | 1 2 | | | 1 2 | | 1 2 | |
| ساير | | آيا شيرخوار مشکل ديگري دارد؟ اگربلي، چه مشکلي؟ | بله خير----- | | بله خير----- | | | بله خير----- | | بله خير----- | |
| ارجاع | | آيا نياز به ارجاع دارد؟ اگربلي، کجا؟ | بله خير----- | | بله خير----- | | | بله خير----- | | بله خير----- | |
| توصيه ها | | آيا براي كودك توصيه درماني داده شده است؟ اگربلي،چه توصيه اي؟  آيا نوشته يا توصيه تغذيه اي داده شده است؟ اگربلي،چه توصيه اي؟ | بله/خير .................................  بله/خير .............................. | | بله/خير .................................  بله/خير .............................. | | | بله/خير .................................  بله/خير  ............................ | | بله/خير .................................  بله/خير .............................. | |
| مراجعه مجدد | تاريخ مراجعه .... آيا بهتر شده است؟  تاريخ مراجعه ...... آيا بهتر شده است؟ | | ............ بله/خير............. بله/خير | | ............ بله/خير.............. بله/خير | | | ............ بله/خير............ بله/خير | | ............ بله/خير............. بله/خير | |
| توصيه هادر مراجعه مجدد |  | |  | |  | | |  | |  | |

نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم .............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم ثبت كودك بيمار بالاي2ماه** | | وزن .... قد... دورسر.... | | | | وزن .... قد.... ورسر.... | | وزن ... قد.... دورسر.... | | وزن .... قد.... دورسر.... | |
| شماره خانوار تاريخ مراجعه: | |  | | | |  | |  | |  | |
| **نام كودك : مشكل كودك - سن :** | | ........... | | | | ........... | | ........... | | ........... | |
| **نشانه خطر** | 1) عدم نوشيدن ياخوردن 2) تشنج دراين بيماري  3)استفراغ هرچيزي 4) خواب آلودگي غيرعادي | 1 23 4 | | | | 1 23 4 | | 1 23 4 | | 1 23 4 | |
|  |  |  | | | |  | |  | |  | |
| **سرفه** | آياسرفه يا تنفس مشکل دارد؟اگربلي،چه مدتي؟ تعدادتنفس......دردقيقه  1)تنفس تند 2)توكشيدگي قفسه سينه3) شنيدن خرخردركودك آرام | بله/خير...... روز......بار 1 2 3 | | | | بله/خير...... روز......بار 1 2 3 | | بله/خير...... روز......بار 1 2 3 | | بله/خير...... روز......بار 1 2 3 | |
| **طبقه بندي** | **1-پنوموني شديد 2- پنوموني 3-پنوموني ندارد** |  | | | |  | |  | |  | |
| **اسهال** | آيااسهال دارد؟اگربلي،براي چه مدت؟ 1) فرورفتگي چشم ها  2)بيحالي وكاهش سطح هوشياري 3) بيقراري وتحريك پذيري  4) عدم توانايي نوشيدن ياكم نوشيدن 5) باولع نوشيدن 6) پوست خيلي آهسته برمي گردد 7) پوست آهسته برمي گردد خون درمدفوع؟ | بله/خير....روز 12 34 5 67 بله/خير | | | | بله/خير....روز 12 34 5 67 بله/خير | | بله/خير....روز 12 34 5 67 بله/خير | | بله/خير....روز 12 34 5 67 بله/خير | |
| **طبقه بندي** | **1-كم آبي شديد 2- كم آبي نسبي 3-كم آبي ندارد 4- اسهال پايدارشديد 5-اسهال پايدار 6- اسهال خوني** |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **گوش** | آياناراحتي گوش دارد؟ 1) درد گوش2) ديدن خروج چرك  آيا ازگوش ترشح خارج مي شود ؟اگر بلي،براي چه مدت؟ | بله/خير 1 2بله/خير...... روز | | | | بله/خير 1 2بله/خير...... روز | | بله/خير 1 2بله/خير...... روز | | بله/خير 1 2بله/خير...... روز | |
| **طبقه بندي** | **1-عفونت مزمن گوش 2- عفونت حاد گوش 3- عفونت گوش ندارد** |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **گلودرد** | آيا(بالاي 2سال)گلودرددارد؟اگربلي،چه مدتي؟.  1) آبريزش بيني 2)قرمزي چشم ها 3)عطسه 4) خشونت صدا 5) تب 6)سرفه  7) چرك سفيددرحلق 8) غددلنفاوي بزرگ ودردناك 9)قرمزي منتشرحلق | بله/خير....روز1 2 3 4 5 6 **7 8** 9 | | | | بله/خير....روز1 2 3 4 5 6 **7 8** 9 | | بله/خير....روز1 2 3 4 5 6 **7 8** 9 | | بله/خير....روز1 2 3 4 5 6 **7 8** 9 | |
| **طبقه بندي** | **1-گلودرداسترپتوكوكي 2- گلودرداسترپتوكوكي ندارد** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تب** | آيا تب دارد؟اگربلي،چه مدتي؟  آيا هرروز تب كرده است؟ درجه حرارت بدن......  1) سفتي گردن 2) آبريزش بيني 3)نشانه هاي موضعي 4)بثورات جلدي | بله/خير....روزبله/خير C...... **1 2 3** 4 | | | | بله/خير....روزبله/خير C...... **1 2 3** 4 | | بله/خير....روزبله/خير C...... **1 2 3** 4 | | بله/خير....روزبله/خير C...... **1 2 3** 4 | |
| **طبقه بندي** | **1)بيماري خيلي شديد تبدار 2)بيماري تبدار 3)بيماري خفيف تب دار 4) تب طولاني مدت** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **وزن** | 1)زير منحني قرمز(3- انحراف معيار**)**  2)بالاي منحني قرمز(3- انحراف معيار**)**  3) موازي وصعودي نبودن بامنحني رشد4)موازي وصعودي بودن بامنحني | وزن .... كيلوگرم1 2 3 4 | | | | وزن .... كيلوگرم1 2 3 4 | | وزن .... كيلوگرم1 2 3 4 | | وزن .... كيلوگرم1 2 3 4 | |
| **طبقه بندي** | **1-كم وزني شديد 2- اختلال رشددارد 3-اختلال رشدندارد 4- رشدنامعلوم** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| تغذيه | **کودک کمتراز2سال يا اختلال رشد يا رشد نامعلوم :**آيا كودك ازشيرمادر تغذيه مي شود؟اگربلي: چند بار در 24 ساعت ؟آيا شبها شير مي دهيد؟  آيا كودك غذا يا مايعات ديگر مي خورد؟ اگربلي: چه غذائي؟…… .  چند بار؟……با چه وسيله اي؟  چه مايعاتي؟…… .چند بار؟……با چه وسيله اي؟  غذاي اوراطي بيماري تغيير داده ايد؟چه تغييري؟ | بله/خير  .....بار بله/خير  بله/خير ...... ......... ....... ....بار  ......... ....... بار  بله/خير ...... | | | | بله/خير  .....بار بله/خير  بله/خير ...... ......... ....... ....بار  ......... ....... بار  بله/خير ...... | | بله/خير  .....بار بله/خير  بله/خير ...... ......... ....... ....بار  ......... ....... بار  بله/خير ...... | | بله/خير  .....بار بله/خير  بله/خير ...... ......... ....... ....بار  ......... ....... بار  بله/خير ...... | |
| **طبقه بندي** | **1-مشكل تغذيه اي دارد 2- مشكل تغذيه اي ندارد** |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| واکسن | 1) عدم مطابقت با جدول واکسيناسيون 2) مطابقت با جدول واکسيناسيون | 1 2 | | | | 1 2 | | 1 2 | | 1 2 | |
| مكمل | 1) عدم مطابقت با جدول مكمل 2) مطابقت با جدول مكمل آهن وويتامين | 1 2 | | | | 1 2 | | 1 2 | | 1 2 | |
| ساير | آيا کودک مشکل ديگري دارد؟ اگربلي، چه مشکلي؟ | بله خير----- | | | | بله خير----- | | بله خير----- | | بله خير----- | |
| ارجاع | آيا نياز به ارجاع دارد؟ اگربلي، کجا؟ | بله خير----- | | | | بله خير----- | | بله خير----- | | بله خير----- | |
| توصيه ها | آيا براي كودك توصيه درماني داده شده است؟ اگربلي،چه توصيه اي؟  آيا نوشته يا توصيه تغذيه اي داده شده است؟ اگربلي،چه توصيه اي؟ | بله/خير .................................  .........................  بله/خير ............................ | | | | بله/خير .................................  .........................  بله/خير ............................ | | بله/خير .................................  .........................  بله/خير ............................ | | بله/خير .................................  .........................  بله/خير ............................ | |
| مراجعه مجدد | تاريخ مراجعه ........... آيا بهتر شده است؟  تاريخ مراجعه ........... آيا بهتر شده است؟  تاريخ مراجعه ........... آيا بهتر شده است؟ | .............. بله/خير...............بله/خير............. بله/خير | | | | .............. بله/خير...............بله/خير............. بله/خير | | .............. بله/خير...............بله/خير............. بله/خير | | .............. بله/خير...............بله/خير............. بله/خير | |
| **توصيه هادر مراجعه مجدد** |  |  | | | |  | |  | |  | |

نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم..............................