برنامه ژنتیک اجتماعی : فرم گزارش سه ماهه مراقبت ژنتیک

از مرکز خدمات جامع سلامت ..... به / از : مرکز بهداشت شهرستان ......... به / از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ........ به : اداره ژنتیک سه ماهه ...... سال .......

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| نام مرکز خدمات جامع سلامت/ شبکه بهداشت و درمانددرماندرمان | بیماری تحت مراقبت | تعداد افراد تحت مراقبت | تعداد موارد تحت مراقبت ژنتیک براساس نوع مراقبت ژنتیک | تعداد موارد قطع مراقبت به دلیل | تعداد موارد مهاجرت |
| مراقبت ژنتیک پیشگیری از بروز | مراقبت ژنتیک کاهش خطر بروز |
| تعداد مواردی که PND نوبت اول داده اند | دسته بندی از نظر وضعیت فرزندان | وضعیت از نظر بارداری به تفکیک تعداد  | نتایج ثبت وقایع بارداری | مراقبت ژنتیک موقت |
| کم تر از 2 فرزند سالم | بیش از 2 فرزند سالم | دارای فرزند مبتلا | تعداد موارد ختم بارداری | باردار | تمایل به بارداری | انجام 2PND | نتیجه بارداری | عدم همکاری | عدم ضرورت مراقبت | فراخوان موفق | فراخوان نا موفق |
| بلی | خیر | بلی | خیر | تولد نوزاد زنده | سقط به دلیل ابتلای جنین | سقط با سایر دلایل | تولد نوزاد مبتلا |
| روش مطمئن | روش غیر مطمئن | جنین سالم | جنین مبتلا |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم : سمت : تاریخ : امضاء: