

هوالحکیم



شماره پرونده:	مراقبت در منزل نوزاد - ۱۳۹۴	مرکز تحت پوشش:	
نام و نام خانوادگی:		کد ملی نوزاد:	
چگونگی ارجاع: <input type="radio"/> بعد از تولد از بیمارستان <input type="radio"/> ترخیص از بخش نوزادان بیمارستان <input type="radio"/> از مرکز بهداشتی درمانی <input type="radio"/> سایر			
نام مرکز ارجاع دهنده:		آدرس و شماره تلفن:	

مشخصات مادر نوزاد

شماره ملی مادر:	نام خانوادگی مادر:	ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	
تعداد بارداری (G):	محل سکونت دائمی: <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> روستا	تحصیلات مادر:	
عوامل خطر بارداری: <input type="radio"/> عوامل خطر وجود ندارد <input type="radio"/> فشارخون مزمن <input type="radio"/> پره اکلامپسی / اکلامپسی <input type="radio"/> +HIV <input type="radio"/> بیماری قلبی <input type="radio"/> بیماری تیروئید <input type="radio"/> آنمی در زمان بستری <input type="radio"/> دیابت <input type="radio"/> +VDRL <input type="radio"/> سایر بیماری های زمینه ای مادر			

مشخصات نوزاد در بدو تولد

تاریخ تولد:	ملیت نوزاد: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	جنس: <input type="radio"/> پسر <input type="radio"/> دختر <input type="radio"/> مهمم	مرتبۀ نوزاد (قل):
وزن تولد:	قد تولد:	دور سر تولد:	سن بارداری (هفته):
نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین		علت سزارین: <input type="radio"/> سزارین پیشین و سابقه میومکتومی <input type="radio"/> عدم پیشرفت <input type="radio"/> زجر جنین <input type="radio"/> نمایش غیر طبیعی <input type="radio"/> مشکلات جفت و بند ناف <input type="radio"/> عدم تناسب سر با لگن <input type="radio"/> پرفشاری خون مادر <input type="radio"/> درخواست مادر <input type="radio"/> سایر علت ها	
عامل زایمان: <input type="radio"/> متخصص زنان و زایمان <input type="radio"/> مامای تحصیل کرده <input type="radio"/> فرد دوره دیده <input type="radio"/> فرد دوره ندیده			
فرجام نوزادی زایمان: <input type="radio"/> انتقال به بخش هم اتافی مادر <input type="radio"/> انتقال به بخش بستری نوزاد <input type="radio"/> انتقال NICU			
پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> گام های نخستین احیا <input type="radio"/> CPAP/تهویه با فشار مثبت <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو			

ارزیابی و اقدامات نوزاد در منزل

نشانه های خطر: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> آموزش نشانه های خطر <input type="checkbox"/> مراقبت از هیپوترمی
نشانه های موضعی: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> تمیز کردن با آب و صابون <input type="checkbox"/> مراقبت از بندناف <input type="checkbox"/> آموزش استحمام نوزاد
زردی: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> مراقبت از نوردرمانی <input type="checkbox"/> آموزش مکرر تغذیه با شیرمادر
مشکل اداری تناسلی: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> مراقبت از ختنه <input type="checkbox"/> مراجعه ۱ روز بعد <input type="checkbox"/> آموزش رنگ طبیعی مدفوع <input type="checkbox"/> آموزش طبیعی بودن ترشحات
مشکل رشد: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> آموزش ماساژ نوزادان ۱۰-۱۴ روز بعد پیگیری <input type="checkbox"/> آموزش تغذیه <input type="checkbox"/> تشویق مادر
مشکل تکامل: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> مراجعه ۴ روز بعد <input type="checkbox"/> تقویت مراقبت های تکاملی
مشکل تغذیه: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> طرز صحیح پستان گرفتن <input type="checkbox"/> درمان برفک <input type="checkbox"/> نحوه تغذیه نوزادان زودرس <input type="checkbox"/> نحوه برخورد امتناع شیرخوار <input type="checkbox"/> نحوه دوشیدن شیر <input type="checkbox"/> کولیک نوزاد <input type="checkbox"/> نحوه برخورد مشکلات پستانی <input type="checkbox"/> نحوه برخورد با شیرخواری که زیاد گریه می کند <input type="checkbox"/> نحوه افزایش شیر مادر <input type="checkbox"/> مراجعه ۱ روز بعد <input type="checkbox"/> نحوه تغذیه و درمان دارویی <input type="checkbox"/> نحوه برخورد با مادری که شیر کافی ندارد
مشکل واکسیناسیون و غربالگری: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> آموزش روش های تسکین درد
مشکل ایمنی نوزاد و محیط: <input type="radio"/> ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع	<input type="checkbox"/> آموزش پیشگیری از حوادث <input type="checkbox"/> آموزش احیای نوزاد <input type="checkbox"/> آموزش استحمام نوزاد <input type="checkbox"/> آموزش خواب نوزاد <input type="checkbox"/> آموزش آسایش و راحتی نوزاد

مراقبت های ویژه بعد از ترخیص

<input type="checkbox"/> آینه در نوزادان	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به شکاف کام و لب	<input type="checkbox"/> در رفتگی مادرزادی مفصل ران	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به بیماری های قلبی
<input type="checkbox"/> تهویه مکانیکی در منزل	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به فیستول تراشه به مری	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به فتق مادرزادی دیافراگم	<input type="checkbox"/> جراحی های دستگاه گوارش نوزاد
<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا استومی	<input type="checkbox"/> نحوه تعویض بگ استومی	<input type="checkbox"/> ضایعات طناب نخاعی و ستون مهره ها	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به هیدروسفالی و دارای شانت
<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به هیدروسل	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به هایپوسپادیاس	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به اکستروفی مثانه، ایسپادیاس	<input type="checkbox"/> نوزاد مبتلا به نهان بیضگی

نتیجه اقدام: بهبود بدون تغییر بدتر شده نامشخص ندارد سایر.....

نام پرستار/ ماما: _____ تاریخ و امضا: _____