

تشخیص نهایی و تشخیص حین درمان

سیستم عصبی: <input type="checkbox"/>	گوارشی: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	ناهنجاری بدو تولد (ارثی): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
قلبی عروقی: <input type="checkbox"/>	اداری تناسلی: <input type="checkbox"/>	چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>				
تنفسی: <input type="checkbox"/>	اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/>	اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/>				
سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/>	تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN) <input type="checkbox"/>	بیماری مزمن ریوی (CLD) <input type="checkbox"/>	تنفسی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
سندرم آسپیراسیون مکنونیوم (MAS) <input type="checkbox"/>	سندرم های نشست هوا (پنومومدیاستن، پنوموتوراکس و غیره) <input type="checkbox"/>	پنومونی <input type="checkbox"/>				
هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی): <input type="checkbox"/>	خفیف <input type="checkbox"/>	متوسط تا متوسط <input type="checkbox"/>	متوسط تا شدید <input type="checkbox"/>	شدید <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>	اعصاب: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
تشنج <input type="checkbox"/>	سندرم محرومیت <input type="checkbox"/>	کرن ایکترس <input type="checkbox"/>				
خونریزی داخل بطنی (IVH) درجه: <input type="radio"/> 1 (ساب اپاندیمال) <input type="radio"/> 2 (داخل بطن های مغز) <input type="radio"/> 3 (ونتریکولومگالی) <input type="radio"/> 4 (داخل نسج مغز)						
عفونت بدون کشت مثبت <input type="checkbox"/>	عفونت با کشت (خون/CSF/ادرار/...) مثبت <input type="checkbox"/>	مننژیت (با یا بدون کشت CSF مثبت) <input type="checkbox"/>				عفونت: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
هیپوگلیسمی <input type="checkbox"/>	هیپوتیرویدی <input type="checkbox"/>	بیماری های متابولیک ارثی <input type="checkbox"/>	در حد مشکوک بدون به بیماری <input type="checkbox"/>	تایید تشخیص توسط شواهد آزمایشگاهی <input type="checkbox"/>		متابولیک: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
اشکال در تغذیه <input type="checkbox"/>	انترلوکیت نکرزوزان (NEC) مرحله: <input type="radio"/> I (شک به NEC) <input type="radio"/> II (شواهد رادیولوژیک) <input type="radio"/> III (پارگی روده)					گوارشی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
مرحله ROP: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V منطقه (Zone): <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III		پلاس: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر				رتینوپاتی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
زردی <input type="checkbox"/>	نارسی <input type="checkbox"/>	وزن تولد پایین <input type="checkbox"/>	ناشناخته <input type="checkbox"/>	در هیچ کدام از تشخیص های دسته بندی شده نمی گنجد. <input type="checkbox"/>		سایر: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر

اقدامات تشخیصی، آزمایشات

پایین ترین مقدار ثبت شده در پرونده:	پایین ترین مقدار قند خون:	غرابالگری رتینوپاتی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
میکرواورگانسیم/های گشت شده:	BE هنگام بستری:	انتقال و مشاوره با بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>
سونوگرافی از نظر IVH: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	تعداد دفعات:	رتکم توسط چشم پزشک در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
		رتکم توسط چشم پزشک در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>
		توسط پزشک چشم بدون رتکم در همان بیمارستان <input type="checkbox"/>

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری)

اکسیژن محیطی (هود یا اینکوباتور) <input type="checkbox"/>	کانولای بینی با جریان بالا (HFNC) <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی سیپاپ یا NCPAP <input type="checkbox"/>	حمایت تنفسی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
تهویه غیر تهاجمی دوپاپ یا سایپپ یا NIPPV <input type="checkbox"/>	تهویه مکانیکی تهاجمی (IMV/SIMV/HFO) و غیره <input type="checkbox"/>			
نوبت	نوع سورفاکتانت:	شیوه تجویز	سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز	مقدار به سی سی
اول	MIST <input type="checkbox"/> InSurE <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/>
دوم	MIST <input type="checkbox"/> InSurE <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/>
تعداد دفعات:				
اکسیژن محیطی <input type="checkbox"/>	کانولای بینی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	کانولای بینی <input type="checkbox"/>
تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>	تهویه غیر تهاجمی <input type="checkbox"/>
تجویز گلبول قرمز فشرده <input type="checkbox"/>	تعویض خون <input type="checkbox"/>	Chest tube گذاری <input type="checkbox"/>	انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل <input type="checkbox"/>	تجویز دارو های خاص: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
فوتوتراپی <input type="checkbox"/>	استفاده از کاتتر ورید نافی <input type="checkbox"/>	استفاده از PICC <input type="checkbox"/>	سرما درمانی فعال (با دستگاه) <input type="checkbox"/>	
تجویز آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/>	درمان ROP: <input type="radio"/> لیزر <input type="radio"/> تزریق داخل چشمی آواستین <input type="checkbox"/>			
کوئیکو استروئید به منظور درمان CLD <input type="checkbox"/>	ایبوپروفن/ایندومتاسین/استامینوفن به منظور درمان PDA <input type="checkbox"/>	لووتیروکسین <input type="checkbox"/>	ضد قارچ برای پیشگیری در درمان سپسیس کاندیدایی <input type="checkbox"/>	تجویز دارو های خاص: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
IVIG برای درمان/پیشگیری سپسیس <input type="checkbox"/>	IVIG برای درمان زردی همولیتیک <input type="checkbox"/>			
مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد:	مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز:	تعداد روز ها:		
اقامت مادر در بیمارستان برای حداقل ۲۰ ساعت در روز:				
مرگ مغزی <input type="checkbox"/>	نارسی بسیار شدید <input type="checkbox"/>	بیماری غیر قابل درمان <input type="checkbox"/>		مراقبت تسکینی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر

ترخیص

شیر مادر <input type="checkbox"/>	شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>	شیر مادر تقویت شده با BMF <input type="checkbox"/>	شیر مادر و شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>	فرجام نوزاد
سینه مادر به طور کامل <input type="checkbox"/>	سینه مادر و/یا شیوه های دیگر دهانی <input type="checkbox"/>	تغذیه از طریق لوله (NGT یا OGT) <input type="checkbox"/>	شیشه شیر <input type="checkbox"/>	ترخیص با دستور پزشک
در سندرم محرومیت آیا اورژانس اجتماعی برای بررسی شرایط حضانت در بیمارستان حضور یافت؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر				انتقال به بیهیستی
انتقال نوزاد به بیمارستان:	بازگرداندن نوزاد به سطح پایبتر برای ادامه مراقبت (ارجاع معکوس)؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			انتقال به سایر بیمارستان ها
نیاز به تخصص ویژه/جراحی <input type="checkbox"/>	کمبود تخت <input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات <input type="checkbox"/>	مشکلات مالی <input type="checkbox"/>	فوت در بخش یا طی انتقال
ناهنجاری بدو تولد (ارثی) <input type="checkbox"/>	هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی (آسفیکسی) <input type="checkbox"/>	نارسی (سن بارداری کمتر از 26 هفته) <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>	ترخیص با رضایت شخصی
سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/>	عفونت (سپسیس) <input type="checkbox"/>			
مشکلات از بستری طولانی <input type="checkbox"/>	مشکلات مالی <input type="checkbox"/>	برای انتقال به بیمارستان دیگر <input type="checkbox"/>	مشکلات خانوادگی <input type="checkbox"/>	
ساعت ترخیص:	وزن هنگام ترخیص:	دور سر هنگام ترخیص:		تاریخ ترخیص:
تعداد روز های بستری در بیمارستان:	تعداد روز های بستری در بخش NICU:	تعداد روز های بستری در بخش نوزادان یا کودکان:		

مهر و امضاء سرپرستار:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید

مهر و امضاء پزشک معالج: