

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

National ID:

کد ملی:

Unit Number

شماره پرونده:

فرم پیشرفت بالینی نوزاد ویژه پزشک

NEONATAL CLINICAL PROGRESS FORM

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward	بخش	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
		Room	اتاق:				
		Bed	تخت:				
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Sex	جنس:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Female <input type="checkbox"/> زن	Male <input type="checkbox"/> مرد		(روز/ماه/سال)		
							تاریخ (روز/ماه/سال) و ساعت ویزیت
							سن تقویمی نوزاد (هفته و روز) Chronological Date
							سن بعد از لقاح (هفته/روز) Gestational Age(W&D)
							وزن نوزاد: (گرم) Weight (Gram)
							بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان NICU \ NSCU
							ساعات حضور مادر در بخش Mother's Attendance Hours
							تعداد مراقبت آغوشی (حداقل یک ساعت) Number of KMC
							نوع و مقدار تغذیه خوراکی Kind And Amount of Oral Feeding
							مایع درمانی (تغذیه کامل تزریقی) Total Parenteral Nutrition/ (mL/kg)(TPN)
							آنتی بیوتیک ها Antibiotics
							کاتتر ورید نافی / کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط Umbilical Vascular Catheter / PICC
							تشخیص های بالینی روزانه Daily Clinical Diagnosis
							اقدامات تشخیصی و درمانی Diagnostic and Therapeutic Procedures
							مراقبت تنفسی Respiratory Care
							نام و نام خانوادگی و امضا پزشک معالج Attending Physician's Name, Sign and Seal

راهنمای تکمیل فرم پیشرفت بالینی نوزاد (ویژه پزشک)

این فرم بصورت روزانه توسط پزشک بخش تکمیل و امضا گردد.

- **سن تقویمی نوزاد:** تعداد روزهای سپری شده از زمان تولد نوزاد بر حسب روز و هفته محاسبه گردد.
- **سن بعد از لقاح نوزاد:** برای محاسبه: سن حاملگی نوزاد (Gestational Age) با سن تقویمی نوزاد (Chronological Age) جمع گردد و عدد حاصل بر حسب روز و هفته ثبت گردد.
- **ساعات حضور مادر در بخش:** ساعات حضور مادر در بخش نوزادان در ۲۴ ساعت گذشته (با سوال از مادر یا پرستار)، ثبت گردد.
- **تعداد مراقبت آغوشی (Kangaroo Mother Care):** تعداد دفعاتی که مادر (حداقل یک ساعت یا بیشتر) نوزاد خویش را در ۲۴ ساعت گذشته مراقبت آغوشی نموده است.
- **نوع و مقدار تغذیه خوراکی:** یکی از شیوه های ذیل ثبت گردد.
 - تغذیه از پستان مادر (BF: Breast Feeding)
 - تغذیه با شیر مصنوعی (FF: Formula Feeding)
 - شیر اهدایی مادران (DBM: Donner Breast Milk)
- **مایع درمانی:** نوع و میزان مایع درمانی نوزاد، ثبت گردد.
- **آنتی بیوتیک ها:** نام آنتی بیوتیک های تجویزی و این که روز چندم مصرف آن است به صورت عدد در کنار نام آنتی بیوتیک، ثبت گردد.
- **کاتتر**
 - ورید نافی (Umbilical Vascular Catheter)
 - کاتتر مرکزی تعبیه شده از محیط (PICC: Peripherally Inserted Central Catheter)
- **مراقبت تنفسی:** در صورت دریافت:
 - اکسیژن
 - Nasal continuous positive airway pressure :NCPAP
 - High Flow Nasal Cannula :HFNC
 - تهویه مکانیکی

ذکر شود.