

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگه معاینات بدنی نوزاد

شماره پرونده: Unit No:

NEWBORN PHYSICAL EXAMINATION

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:	
Bed: تخت:							
BG & RH: گروه خونی و RH:		height: قد:		head circum: دور سر:		Chest circum: دور سینه:	
Mother: مادر						W.T B.D: وزن هنگام تولد:	
Newborn: نوزاد						D.adm: هنگام پذیرش:	
						D. disch: هنگام ترخیص:	
Gest. Age N.B.S: سن حاملگی بر مبنای N.B.S:		Jaundice: یرقان در زمان تولد:		Apgar: آپگار:		kind of delivery: نحوه زایمان مادر:	
		<input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/> فورسپس <input type="checkbox"/> C/S <input type="checkbox"/> Normal	
Incase of abnormalities please put × توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در مقابل آن توضیح و یا علامت × مشخص گردد.							
Examination	زمان ترخیص Ex. of Discharge time	انجام معاینه زمان پذیرش Ex. Of Admission time	معاینات				
1- V.S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. علائم حیاتی (تعداد تنفس، تعداد ضربان قلب، فشار خون و دما)				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. معاینه عمومی (رنگ غیرطبیعی پوست، مخاط شامل (رنگ پریدگی، ایکتر، پکتور، سیانوز (مرکزی و محیطی) لرزش، پوسچور، دیسترس تنفسی و بیقراری، سکونیومی بودن پوست یا ناف.				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. علائم عمومی (تکامل، فعالیت، تونومی، گریه، ادم، رنگ)				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. پوست (راشها، هماتوماها، همایوماها)				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. سر و گردن (روی هم افتادگی استخوانهای جمجمه، تورم نسج نرم پوست سر، نرمی جمجمه، هماتوم سر، وجود توده، فیستولی، گردن پرده دار، سایر فونتانل، معاینه ترقوه)				
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. چشم ها (موارد غیرطبیعی، التهاب ملتحمه، رفلکس قرمز توسط افتالموسکوپ)				
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷. گوش، بینی، دهان				
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸. قفسه سینه (هیپرتروفی پستان، فاصله نیل و نیل اضافی)				
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹. دستگاه تنفسی و قلبی (ریه ها و قلب)				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰. شکم (شامل ناف، توده های شکمی، فرم شکم)				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱. اندامهای تناسلی (بیضه ها، ختنه، مه آ، ترشح، فتق، هیدروسل)				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲. ستون مهره ها و تنه				
13 terimities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳. انتهاها (هیپ، پاچماقی، وضعیت انگشتان و خطوط کف دست و پا)				
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴. رفلکسها (مورو، چنگ زدن، مکیدن، بلع، روتینگ)				
15 system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵. دستگاه عصبی (وضعیت هوشیاری، اعصاب جمجمه ای رفلکسهای وتری، معاینه حسی و حرکتی)				
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶. صورت (وجود قیافه غیرطبیعی)				
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷. مقعد				
Discharge impression & Dx: نظرات و تشخیص هنگام ترخیص:		Admission impression: نظرات زمان پذیرش:					
تاریخ و نام و امضا پزشک:		Physician Name sign & date: تاریخ و نام و امضاء پزشک:					