

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم ثبت بیماری شیرخواران ۲ ماهه تا ۵ ساله (پزشک) تاریخ مراجعه:

علائم خطر فوری کودک را بررسی کنید: انسداد راه هوایی <input type="checkbox"/> خونریزی/شوک <input type="checkbox"/> کما/تشنج <input type="checkbox"/>
علائم خطر: کودک قادر به نوشیدن و شیرخوردن می باشد؟ <input type="checkbox"/> کودک در جریان بیماری تشنج کرده است؟ <input type="checkbox"/> کودک هر چیزی که می خورد استفراغ میکند؟ <input type="checkbox"/> کودک خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش هوشیاری دارد؟ <input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی: ..... سن: ..... شماره پرونده: ..... علت مراجعه: .....

وزن  قد  دورسر

ارزیابی	طبقه بندی	پیگیری
سرفه یا تنفس مشکل	پنومونی شدید <input type="checkbox"/> پنومونی <input type="checkbox"/> پنومونی ندارد <input type="checkbox"/>	
اسهال	کم آبی: شدید <input type="checkbox"/> نسبی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> اسهال ۱۴ روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> کم آبی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> وجود خون در مدفوع <input type="checkbox"/>	
ناراحتی گوش	عفونت گوش حاد <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
گلودرد	استرپتوکوکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
تب	بیماری تب دار کمتر از ۷ روز <input type="checkbox"/> خیلی شدید <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> بیماری تب دار بیشتر از ۷ روز <input type="checkbox"/>	
سوء تغذیه و اختلال رشد:	منحنی رشد قبلی دارد <input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید <input type="checkbox"/> اختلال رشد دارد <input type="checkbox"/> اختلال رشد ندارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید <input type="checkbox"/> رشد نامعلوم <input type="checkbox"/>	
<p>در صورت اختلال رشد یا رشد نامعلوم، یا در کودک کمتر از ۲ سال، از نظر غذا و نحوه تغذیه بررسی کنید:</p> <p>آیا شیر خوار با شیر مادر تغذیه می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت ..... آیا شیشه او را شیر می دهید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا غیر از شیر مادر غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: چه مایعاتی؟ ..... چند بار؟ ..... با چه وسیله ای؟ .....</p> <p>چه غذائی؟ ..... چند بار؟ ..... با چه وسیله ای؟ .....</p> <p>آیا مادر غذای کودک را طی این بیماری تغییر داده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بلی: چه تغییری؟ .....</p>		
کنترل وضعیت واکسیناسیون: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/>		
مکمل آهن: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/> مکمل ویتامین: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/>		
آیا کودک مشکل دیگری دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>اگر بلی، توضیح دهید:</b>		
ارزیابی پاراکلینیک: ۱.	۲.	۳.
درمان دارویی: ۱.	۲.	۳.
توصیه ها: ۱.	۲.	۳.
ارجاع: پزشک متخصص: <input type="checkbox"/> بیمارستان: <input type="checkbox"/>	توضیحات:	

تاریخ	فرقی نکرده یا بدتر شده	بهبتر شده	ادامه درمان و توصیه ها	ارجاع به
تاریخ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	ارجاع به
تاریخ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	ارجاع به
تاریخ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	ارجاع به

نام و نام خانوادگی پزشک:

امضاء: