

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

فرم ثبت بیماری شیرخواران کمتر از ۲ ماهه (پزشک) تاریخ مراجعه:

<input type="checkbox"/> علائم خطر فوری کودک را بررسی کنید:	<input type="checkbox"/> انسداد راه هوایی	<input type="checkbox"/> خونریزی / شوک	<input type="checkbox"/> کما / تشنج
---	---	--	-------------------------------------

نام و نام خانوادگی: سن: علت مراجعه:

<input type="text"/> <input type="text"/>	وزن فعلی تولد	<input type="text"/> <input type="text"/>	قد فعلی تولد	<input type="text"/> <input type="text"/>	دورس فعلی تولد
--	--------------------------------	--	-------------------------------	--	---------------------------------

پگیری	طبقه بندی	ارزیابی
		<p>آیا در کودک نشانه های خطر وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش قدرت مکیدن • تشنج در چند روز اخیر • استفراغ بطور مکرر <p>..... تنفس در دقیقه اگر زیاد بود تکرار کنید: تنفس تند بلی خیر</p> <p>توکشیده شدن قفسه سینه بازو بسته شدن پره های بینی کاهش سطح هوشیاری بیقراری و تحریک پذیری تحرک کمتر از معمول و بیحالی برآمدگی ملاح</p> <p>نالنه کردن درجه حرارت بالا درجه حرارت پایین رنگ پریدگی شدید سیانوز</p>
		<p>کنترل شیر خوار از نظر عفونت های موضعی:</p> <p>چشم: تورم و قرمزی اطراف پستان: تورم و قرمزی آن</p> <p>ترشح چرکی بزرگی و سفتی پستان</p> <p>ناف: ترشح چرکی زیاد یا قرمزی اطراف آن بیش از اسانت پوست: جوشهای چرکی منتشر بیش از ۱۰ عدد</p> <p>خونریزی بیش از چند قطره کمتر از ۱۰ عدد</p>
		<p>آیا شیر خوار اسهال دارد؟ بله خیر</p> <p>برای چه مدت؟</p> <p>حال عمومی بیحالی یا عدم هوشیاری بیقراری یا تحریک پذیری</p> <p>آیا خون در مدفوع وجود دارد؟ بله خیر</p> <p>برگشت پوستی: خیلی آهسته آهسته طبیعی</p> <p>فرورفتگی چشمها بله خیر</p>
		<p>کنترل شیر خوار از نظر مشکل شیر خوردن و وزن گیری ناکافی: ته</p> <p>زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد</p> <p>آیا هیچ مشکل شیر خوردن دارد؟ بله خیر</p> <p>اگر شیر خوار با شیر مادر تغذیه می شود؟</p> <p>آیا کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت به او را شیر می دهد؟ بله خیر</p> <p>آیا غیر از شیر مادر غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ بله خیر</p> <p>اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟</p> <p>در صورت پاسخ بلی هر یک از سوالات فوق (وهج نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان نداشته باشد)</p> <p style="text-align: right;">< ارزیابی تغذیه با شیر مادر:</p> <p>آیا شیر خوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟</p>

		خوب پستان می گیرد خوب پستان نمی گیرد به هیچ وجه پستان نمی گیرد آیا شیر خوار می تواند خوب بمکد؟ آیا دردها، برفک وجود دارد؟
		خوب نمی مکد خوب می مکد نمی تواند بمکد خیر بله
		کنترل وضعیت واکسیناسیون <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص
		مکمل ویتامین: <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> ناقص
		آیا کودک مشکل دیگری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، توضیح دهید:
		ارزیابی پاراکلینیک: / .۲ .۳
		درمان دارویی: / .۲ .۳
		توصیه ها: / .۲ .۳ .۴
		ارجاع: <input type="checkbox"/> پزشک متخصص: <input type="checkbox"/> بیمارستان: توضیحات:

تاریخچه بیماری (بگوشی بیماری)	تاریخ/..../.. فرقی نگرفته یا بدتر شده <input type="checkbox"/> بهتر شده <input type="checkbox"/>	ادامه درمان و توصیه ها.
	تاریخ/..../.. فرقی نگرفته یا بدتر شده <input type="checkbox"/> بهتر شده <input type="checkbox"/>	ادامه درمان و توصیه ها.
	تاریخ/..../.. فرقی نگرفته یا بدتر شده <input type="checkbox"/> بهتر شده <input type="checkbox"/>	ادامه درمان و توصیه ها.

مهر و امضای پزشک