

فرم ثبت کودک بیمار کمتر از ۲ ماه

وزن قد..... دورس.....	وزن قد..... دورس.....	وزن قد..... دورس.....	وزن قد..... دورس.....	شماره خانوار(پرونده) تاریخ مراجعه:
.....	.....	.....	.....	نام کودک: [] علت مراجعه:
۳ ۲ ۱.....بار ۴ ۵ ۶ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷.....C ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲	۳ ۲ ۱.....بار ۴ ۵ ۶ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷.....C ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲	۳ ۲ ۱.....بار ۴ ۵ ۶ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷.....C ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲	۳ ۲ ۱.....بار ۴ ۵ ۶ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷.....C ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲	۱) کاهش قدرت مکیدن (۲) تشنج در چند روز اخیر (۳) استفراغ مکرر تنفس در دقیقه..... (۴) تنفس تند (۵) توكشيدن شديد قفسه سينه (۶) ناله كردن (۷) پرش پره های بینی (۸) کاهش سطح هوشیاری (۹) بیقراری و تحریک پذیری (۱۰) تحرک کمتر از معمول و بیحالی (۱۱) برآمدگی ملاحظه درجه حرارت..... (۱۲) درجه حرارت بالا یا پایین (۱۳) رنگ پریدگی (۱۴) سیانوز (۱۵) زردی ۲۴ ساعت اول
				۱- احتمال عفونت باکتریال شدید ۲- عفونت باکتریال شدید ندارد طبیعی
بله/خیر.....روز ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴	بله/خیر.....روز ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴	بله/خیر.....روز ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴	بله/خیر.....روز ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴	آیا سفیدی چشم و نوک بینی زرد می باشد؟ اگر بلی: مدت..... روز (۱) زردی ۲۴ ساعت اول (۲) گسترش وسیع زردی (۳) مادر Rh منفی (۴) سابقه زردی خطرناک (۵) سن حاملگی > ۳۷ هفته (۶) وزن تولد > ۲۰۰۰ گرم ۱- زردی شدید ۲- زردی خفیف ۳- زردی ندارد ۴- زردی طولانی مدت طبیعی
				۱) قرمزی، تورم و ترشحات چرکی از چشم (۲) خروج ترشحات چرکی چشم بدون تورم (۳) قرمزی، گرمی و تورم پستان (۴) بزرگی و سفیدی پستان ۵) قرمزی بیش از ۱ سانتیمتر اطراف ناف یا خروج ترشحات چرکی فراوان از ناف ۶) قرمزی > ۱ سانتیمتر اطراف ناف یا ترشحات خونابه (۷) خونریزی بیش از چند قطره (۸) جوش های چرکی منتشر پوستی (۹) جوش های چرکی محدود (کمتر از ۱۰ عدد) طبیعی
۲ ۱ ۴ ۳ ۵ ۷ ۶ ۹ ۱	۲ ۱ ۴ ۳ ۵ ۷ ۶ ۹ ۱	۲ ۱ ۴ ۳ ۵ ۷ ۶ ۹ ۱	۲ ۱ ۴ ۳ ۵ ۷ ۶ ۹ ۱	۱) عفونت شدید چشم (۲) عفونت خفیف چشم (۳) ماستیت (۴) پستان طبیعی (۵) خونریزی ناف ۶) عفونت شدید ناف (۷) عفونت خفیف ناف (۸) عفونت شدید پوستی (۹) عفونت خفیف پوستی طبیعی
.....روز/بله/خیر ۱ ۳ ۲ ۵ ۴	.....روز/بله/خیر ۱ ۳ ۲ ۵ ۴	.....روز/بله/خیر ۱ ۳ ۲ ۵ ۴	.....روز/بله/خیر ۱ ۳ ۲ ۵ ۴	برای چه مدت... وجود خون در مدفوع؟ (۱) بیحالی و کاهش سطح هوشیاری (۲) بیقراری و تحریک پذیری (۳) فرورفتگی چشم ها (۴) پوست خیلی آهسته برمی گردد (۵) پوست آهسته برمی گردد طبیعی
				۱) کم آبی شدید (۲) کم آبی نسبی (۳) کم آبی ندارد (۴) اسهال پایدار شدید (۵) اسهال خونی طبیعی
وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی قرمز (۲) انحراف معیار (۳) بالای منحنی قرمز (۴) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۵) موازی و صعودی بودن با منحنی رشد طبیعی
				۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد دارد ۳- اختلال رشد ندارد ۴- رشد نامعلوم طبیعی
بله/خیر.....بار.....بار.....بار.....بار	بله/خیر.....بار.....بار.....بار.....بار	بله/خیر.....بار.....بار.....بار.....بار	بله/خیر.....بار.....بار.....بار.....بار	○ آیا کودک از شیر مادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت ... آیا شیشه شیر می دهید؟ ○ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟ چند بار؟ با چه وسیله ای؟ ○ اگر مشکل تغذیه ای یا اختلال رشد دارد: نحوه پستان گرفتن..... نحوه مکیدن وجود برفک در دهان؟ طبیعی
				۱- مشکل تغذیه ای دارد ۲- مشکل تغذیه ای ندارد طبیعی
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون طبیعی
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول مکمل ها (۲) مطابقت با جدول مکمل ها طبیعی
بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	آیا شیرخوار مشکل دیگری دارد؟ اگر بلی، چه مشکلی؟
بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	آیا نیاز به ارجاع دارد؟ اگر بلی، کجا؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا برای کودک توصیه درمانی داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟
..... بله/خیر	..... بله/خیر	..... بله/خیر	..... بله/خیر	آیا نوشته یا توصیه تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟
..... بله/خیر	..... بله/خیر	..... بله/خیر	..... بله/خیر	تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟ تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟
				توصیه ها

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

فرم ثبت کودک بیمار بالای ۲ ماه

وزن ... قد.... دورس...	وزن ... قد.... دورس...	وزن ... قد.... ورس...	وزن ... قد.... دورس...	شماره خانوار تاریخ مراجعه:
.....	.....	.....	.....	نام کودک : مشکل کودک - سن :
۲۱ ۴۳	۲۱ ۴۳	۲۱ ۴۳	۲۱ ۴۳	۱) عدم نوشیدن یا خوردن (۲) تشنج در این بیماری ۲) استفراغ هرچیزی (۴) خواب آلودگی غیرعادی
بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲۱	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲۱	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲۱	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲۱	آیا سرفه یا تنفس مشکل دارد؟ اگر بلی، چه مدتی؟ تعداد تنفس..... در دقیقه ۱) تنفس تند (۲) توکشدگی قفسه سینه (۳) شنیدن خرخر در کودک آرام
				۱-پنومونی شدید ۲- پنومونی ۳-پنومونی ندارد
بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲ ۶ ۵ ۴ ۷/بله/خیر	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲ ۶ ۵ ۴ ۷/بله/خیر	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲ ۶ ۵ ۴ ۷/بله/خیر	بله/خیر..... روز.....بار ۳ ۲ ۶ ۵ ۴ ۷/بله/خیر	آیا اسهال دارد؟ اگر بلی، برای چه مدت؟ (۱) فرورفتگی چشم ها (۲) بیحالی و کاهش سطح هوشیاری (۳) بیقراری و تحریک پذیری (۴) عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن (۵) باولع نوشیدن (۶) پوست آهسته برمی گردد خون در مدفوع؟
				۱-کم آبی شدید ۲- کم آبی نسبی ۳- کم آبی ندارد ۴- اسهال پایدار شدید ۵- اسهال پایدار ۶- اسهال خونی
بله/خیر..... روز.....بار ۲ ۱	بله/خیر..... روز.....بار ۲ ۱	بله/خیر..... روز.....بار ۲ ۱	بله/خیر..... روز.....بار ۲ ۱	آیا ناراحتی گوش دارد؟ (۱) درد گوش (۲) دیدن خروج چرک آیا از گوش ترشح خارج می شود؟ اگر بلی، برای چه مدت؟
				۱- عفونت مزمن گوش ۲- عفونت حاد گوش ۳- عفونت گوش ندارد
بله/خیر..... روز.....بار ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۹ ۸ ۷	بله/خیر..... روز.....بار ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۹ ۸ ۷	بله/خیر..... روز.....بار ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۹ ۸ ۷	بله/خیر..... روز.....بار ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۹ ۸ ۷	آیا بالای ۲ سال گلودرد دارد؟ اگر بلی، چه مدتی؟ (۱) آبریزش بینی (۲) قرمزی چشم ها (۳) عطسه (۴) خشونت صدا (۵) تب (۶) سرفه (۷) چرک سفیدر حلق (۸) غدد لنفاوی بزرگ و دردناک (۹) قرمزی منتشر حلق
				۱- گلودرد استرپتوکوکی ۲- گلودرد استرپتوکوکی ندارد
بله/خیر..... روز.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ C	بله/خیر..... روز.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ C	بله/خیر..... روز.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ C	بله/خیر..... روز.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ C	آیا تب دارد؟ اگر بلی، چه مدتی؟ آیا هر روز تب کرده است؟ درجه حرارت بدن..... (۱) سفتی گردن (۲) آبریزش بینی (۳) نشانه های موضعی (۴) بثورات جلدی
				۱) بیماری خیلی شدید تب دار (۲) بیماری تب دار (۳) بیماری خفیف تب دار (۴) تب طولانی مدت
وزن ... کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن ... کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن ... کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن ... کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی قرمز (۲- انحراف معیار) (۲) بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) (۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی
				۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد دارد ۳- اختلال رشد ندارد ۴- رشد نامعلوم
بله/خیر.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ بله/خیر.....بار	بله/خیر.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ بله/خیر.....بار	بله/خیر.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ بله/خیر.....بار	بله/خیر.....بار ۴ ۳ ۲ ۱ بله/خیر.....بار	کودک کمتر از ۲ سال یا اختلال رشد یا رشد نامعلوم: آیا کودک از شیر مادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت آیا ششها شیر می دهد؟ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟..... چند بار؟..... با چه وسیله ای؟ چه مایعاتی؟..... چند بار؟..... با چه وسیله ای؟ غذای اوراطی بیماری تغییر داده اید؟ چه تغییری؟
				۱- مشکل تغذیه ای دارد ۲- مشکل تغذیه ای ندارد
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول مکمل (۲) مطابقت با جدول مکمل آهن و ویتامین
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا کودک مشکل دیگری دارد؟ اگر بلی، چه مشکلی؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا نیاز به ارجاع دارد؟ اگر بلی، کجا؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا برای کودک توصیه درمانی داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟ آیا نوشته یا توصیه تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟ تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟ تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟
				مراجعه توصیه هادر مجدد