

فرم ثبت اولین معاینه نوزاد توسط پزشک

پیگیری دوم	پیگیری اول	معاینه اول			
تاریخ مراجعه :					
سن کودک :					
نتیجه:	نتیجه:	..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۱ C..... ۱۲ ۱۳ ۱۴ ۱۵ ۱۶	تنفس در دقیقه ..... (۱) تنفس تند (۲) پرش پرده‌های بینی (۳) ناله کردن (۴) توکشیده شدن قفسه سینه (۵) بنض غیرطبیعی اندام ها (۶) ضربان و صدای غیرطبیعی (۷) کاهش سطح هوشیاری (۸) رفلکس های غیر طبیعی (۹) تونیسیته غیر طبیعی (۱۰) برآمدگی ملاحظ (۱۱) درجه حرارت غیر طبیعی - درجه حرارت ..... (۱۲) رنگ پریدگی (۱۳) سیانوز مخاط ها (۱۴) زردی ۲۴ ساعت اول (۱۰) ادم (۱۵) دیستانتسیون شکم (۱۶) توده شکمی		
۱- احتمال عفونت باکتریال شدید ۲- مشکل جدی احتمالی ۳- مشکل جدی ندارد					
نتیجه:	نتیجه:	۴ ۳ ۲ ۱	گوش	دهان و بینی	سر و گردن
		۵ ۶ ۷ ۸	(۱۱) شکل غیرطبیعی (۱۲) محل قرارگیری غیر طبیعی (۱۳) فیستول	(۷) شکل غیر طبیعی (شکاف ها) (۸) بسته بودن سوراخ بینی (۹) اندازه غیرطبیعی فک (۱۰) اندازه غیرطبیعی زبان	(۱) شکل غیر طبیعی (۲) اندازه غیرطبیعی فونتانلها (۳) تورم (۴) توده (۵) فیستول گردنی (۶) پرده گردنی (۷) پاسخ به نور مردمک
		۹ ۱۰ ۱۱	اندامها و لگن	ستون فقرات	شکم
		۱۲ ۱۳ ۱۴	(۲۱) شکل غیرطبیعی اندامها (۲۲) دررفتگی مادرزادی لگن	(۱۷) شکل غیرطبیعی (۱۸) توده (۱۹) سینوس ها (۲۰) وجود توده مو	(۱۴) ساختمان عضلانی غیرطبیعی (۱۵) شکم اسکافونید (۱۶) خونریزی ناف
		۱۵ ۱۶ ۱۷	دستگاه تناسلی	دستگاه تناسلی	دستگاه ادراری
		۱۸ ۱۹ ۲۰	(۲۹) مقعد بسته (۳۰) عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول (۳۱) فیستول	(۲۶) ابهام تناسلی (۲۷) عدم نزول بیضه ها (۲۸) اندازه غیرطبیعی آلت	(۲۳) مجرای ادرار غیرطبیعی (۲۴) جریان ادرار غیرطبیعی (۲۵) عدم دفع ادرار در ۴۸-۲۴ ساعت اول
		۲۱ ۲۲ ۲۳			
		۲۴ ۲۵ ۲۶			
		۲۷ ۲۸ ۲۹			
		۳۰ ۳۱			
۱- مشکل جدی دارد ۲- مشکل جدی احتمالی ۳- مشکل جدی ندارد					
نتیجه:	نتیجه:	بله / خیر ..... روز ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	آیا سفیدی چشم و نوک بینی زرد می باشد؟ اگر بلی، مدت؟ ..... روز (۱) زردی ۲۴ ساعت اول (۲) گسترش وسیع زردی (از ناف به پایین) (۳) مادر Rh منفی (۴) سابقه زردی خطرناک (۵) سن حاملگی کم تر از ۳۷ هفته (۶) وزن تولد کم تر از ۲۵۰۰ گرم		
۱- زردی شدید ۲- زردی خفیف ۳- زردی ندارد ۴- زردی طولانی مدت					
نتیجه:	نتیجه:		بررسی و تأیید سایر مشکلات ارزیابی و طبقه بندی شده توسط پرسنل : وزن <input type="checkbox"/> قد <input type="checkbox"/> دورس <input type="checkbox"/> تغذیه <input type="checkbox"/> بینایی <input type="checkbox"/> تکامل <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/>		
درج عنوان طبقه بندی مورد تأیید:					
سایر مشکلات: .....					
مهر و امضای پزشک:					