مرکز خدمات جامع سلامت ...................پایگاه سلامت/ خانه بهداشت ......

**تعداد موالید زنده در فصل................ 1402 : ................**

**1) تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد کمتر از 33 هفته و 6 روز و وزن تولد بالاتر از 2000 گرم : ............... 2) تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد کمتر از 33 هفته و 6 روز و وزن تولد 2000 گرم و کمتر : ...............**

**3) تعداد نوزادان زنده به دنیـا آمده با سن تولد 34 هفتـه و بالاتر و وزن تولد 2000 گـرم و کمتر : ............... 4) تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد بین 34 و 36 هفته و 6 روز و وزن تولد بالاتر از 2000 گرم : ...............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی نوزاد / مادر** | **کد ملی نوزاد/ مادر** | **تاریخ تولد نوزاد** | **جنس** | **سن بارداری** | **وزن تولد به گرم** | **آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان دارد؟** | | **آیا غربالگری طی زمان بستری در بیمارستان انجام شده است؟** | | **تاریخ ارجاع به پزشک ROP / متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان** | **نتیجه ارجاع** | | **نتیجه معاینه پزشک متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان**  (سن تولد بین 34 تا 36 هفته و 6 روز ) | | **نتیجه معاینه پزشک**  **معین رتینوپاتی** | | **ملاحظات** | **شماره تماس والدین** |
| **بلی** | **خیر** | **بلی** | **خیر** | **مراجعه کرده** | **مراجعه نکرده** | **ارجاع جهت انجام غربالگری** | **نیاز به ارجاع ندارد** | **طبیعی** | **غیر طبیعی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*\*جهت جمع آوری آمار و تکمیل فرم لازم است ، 4 گروه بالا طبق شرایط ذکر شده ، در سامانه سیب درقسمت گزارش ها/ وقایع ثبت شده / زایمان های ثبت شده جستجو ( به موارد دو قلویی و چند قلویی توجه شود ) و پس از پیگیری ، نتیجه انجام غربالگر ی رتینوپاتی بصورت طبیعی و غیر طبیعی در فرم ثبت گردد .**

* **نکتـه قابل توجـه : به جز نوزادانی که مربوط به فصل قبل می باشند ، جمع تعداد نوزادان در 4 گروه بالا بایستی با تعداد نوزادان نوشته شده در جدول همخوانی داشته باشد.**

دستورالعمل تکمیل فرم :

فرم مذکور به منظور ثبت اطلاعات غربالگری رتینوپاتی جهت نوزادان نارس واجد شرایط تهیه گردیده است . این فرم توسط مراقب سلامت و بهورز به صورت فصلی تکمیل و در آخرهر فصل توسط پزشک/ ناظر مرکز تایید ، و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.

و شامل دو بخش می باشد :

**1-بخش اول : اطلاعات اولیه که معیارهای آن مطابق با آخرین دستورالعمل تعیین گردیده است و شامل موارد زیر است :**

* + - * **تعداد موالید : تعداد کل موالید زنده در همان فصل**
* **تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد کمتر از 33 هفته و 6 روز و وزن تولد بالاتر از 2000 گرم : ...............**
* **تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد کمتر از 33 هفته و 6 روز و وزن تولد 2000 گرم و کمتر : ...............**
* **تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد 34 هفته و بالاتر و وزن تولد 2000 گرم و کمتر : ...............**
* **تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده با سن تولد بین 34 و 36 هفته و 6 روز و وزن تولد بالاتر از 2000 گرم( ارجاع به پزشک ROP با نظر متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان ) : ...............**

**2-بخش دوم : جدول گزارش غربالگری که شامل :**

* **ردیف، نام و نام خانوادگی و کد ملی:** اگر اطلاعات نوزاد در دسترس نبود اطلاعات مادر ثبت گردد.
* **تاریخ تولد: به روز ماه و سال**
* **جنس نوزاد**
* **سن بارداری:** سن بارداری به هفته در ستون مربوطه ثبت گردد
* **وزن موقع تولد :** به گرم ثبت شود.
* **آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان دارد:** اگر نوزادی که واجد شرایط غربالگری رتینوپاتی است سابقه بستری در بیمارستان را دارد سوال بعدی برای او تکمیل شود ولی اگر سابقه بستری ندارد ستون بعدی تکمیل نشود و ستون تاریخ ارجاع تکمیل شود.
* **غربالگری طی زمان بستری در بیمارستان:** اگر نوزادی که واجد شرایط غربالگری رتینوپاتی است در طول زمان بستری در بیمارستان غربالگری شده است پاسخ بلی انتخاب شود و اگر انجام نشده است خیر
* **تاریخ ارجاع:** بر اساس تاریخی که تیم سلامت جهت ارجاع نوزاد به متخصص ROP یا فوق تخصص نوزادان اقدام نموده اند، ثبت گردد.
* **نتیجه ارجاع :** بر حسب اینکه والدین جهت انجام غربالگری رتینوپاتی به مطب پزشک یا کلینیک مراجعه کرده یا نه گزینه مورد نظر انتخاب شود.
* **ارجاع به متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 36 هفته و 6 روز که تا زمان مراجعه به حوزه بهداشت توسط پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان معاینه نشده اند و توسط تیم سلامت به پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان ارجاع می شوند .
* **نتیجه معاینه پزشک متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 36 هفته و 6 روز که در زمان ترخیص از بیمارستان یا پس از آن توسط متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان بررسی و نیاز آنان به انجام غربالگری رتینوپاتی مشخص شده است. اگر طبق نظر فوق تخصص انجام غربالگری برای نوزاد ضروری است ستون " ارجاع جهت انجام غربالگری" و اگر نیازی به انجام غربالگری ندارد ستون "مورد ندارد" تیک زده شود.
* **نتیجه معاینه پزشک:**

نتیجه ارجاع به پزشک ROP ، توسط تیم سلامت یا توسط متخصص اطفال / فوق تخصص نوزادان یا انجام غربالگری طی بستری در بیمارستان بایستی در فرم آماری بصورت طبیعی یا غیر طبیعی مشخص گردد، به جز موارد استثنایی که در قسمت ملاحظات ذکر شده است.

**طبیعی** : مواردی که نیاز به پیگیری مجدد به پزشک و درمان ندارد. **غیرطبیعی** : مواردی که نیاز به پیگیری و درمان دارد.

**ملاحظات :** هر گونه استثنایی که منجر به عدم انجام غربالگری شود از جمله مرگ نوزاد نارس ( قبل از انجام غربالگری ) و تولد نوزاد در پایان فصل در این قسمت ثبت گردد.

بطور مثال برای نوزاد فوت شده در ملاحظات عبارت "مرگ نوزاد" و برای نوزادی که پایان فصل متولد شده اند و نتیجه انجام غربالگری به دلیل نرسیدن زمان نوبت انجام غربالگری در همان فصل مشخص نشده ، لازم است اسامی این دسته نوزادان در آمار فصل ذکر شود ولی فقط در قسمت ملاحظات " **نتیجه با آمار فصل بعد ارسال میگردد** " نوشته شود.

**\*\*لازم است مراقبین سلامت /ناظرین ، مشخصات کامل مواردی که منجر به عدم انجام غربالگری به علت مشکل مالی می گردد را در همان روز به ستاد شهرستان– واحد سلامت کودکان اعلام نمایند.**