|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی نوزاد** | **تاریخ تولد** | **کد ملی مادر** | **سن بارداری** | **شماره تماس مادر** | **کد پیش فرض سامانه** | **نام پایگاه سلامت/خانه بهداشت** | **مواردی که نیازمند پیگیری در اسرع وقت دارد(فردای روز غربالگری)** | **معاینه پزشکی** | **لینک نوزاد به خانوار توسط پایگاه تحت پوشش** | **نتیجه پیگیری پایگاه تحت پوشش به تفکیک موارد نیازمند پیگیری** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**مشخصات نوزادان مراقبت شده درمرکز تجمیع مراقبت 3-5 روزگی و غربالگری هایپوتیروئید شهرستان اصفهان دو در تاریخ مراجعه .............**

کلیه نوزادان بلافاصله پس از ارسال فرم مذکور در گروه توسط مراقبین سلامت به پایگاه تحت پوشش لینک و جهت انجام مراقبت 15-14 روزگی پیگیری و نتیجه در پی وی سرکار خانم اشرفی(09378465304 ) اعلام گردد.