# فرم ثبت مراقبت کودک سالم – غیرپزشک

## مشخصات فردی

ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐

نام و نام‌خانوادگی ..... | جنس: دختر ☐ پسر ☐ | کد ملی کودک | | | | | | | | | |

نام و نام‌خانوادگی سرپرست خانوار ..... | تحصیلات سرپرست: ..... شغل سرپرست: ..... | کد ملی سرپرست خانوار | | | | | | | | | |

تحصیلات مادر: .....شغل مادر: ..... | سن مادر:..... | نسبت خویشاوندی درجه یک بین والدین: دارد ☐ ندارد ☐ .....

تاریخ تولد کودک ...../ ...../ ..... | وزن هنگام تولد کودک: ..... | قد هنگام تولد کودک: ..... | دور سر هنگام تولد کودک: .....

نوع زایمان: طبیعی ☐ سزارین ☐ چندقلو ☐ | محل تولد: بیمارستان ☐ تسهیلات زایمانی ☐ منزل ☐ | کمک کننده زایمان: پزشک ☐ ماما ☐ م م د د ☐ م م د ن ☐

ترم ☐ نارس ☐ سن حاملگی هنگام تولد.....

وضعیت عمومی خانواده کودک: زندگی با پدر و مادر ☐ زندگی با مادر ☐ زندگی با پدر ☐ زندگی با افرادی غیر از والدین ☐

بیمه پایه : دارد ☐ ندارد ☐ بیمه تکمیلی: دارد ☐ ندارد ☐

ابتلا کودک به بیماری یا بیماری های خاص: ..... ..... ..... ..... .....

دارو یا داروهایی که کودک به علت بیماری خاص مصرف می‌کند: ..... ..... .....

**تحت پوشش سازمان‌های حمایتی و خیریه: بلی ☐ خیر ☐** .....

**تحت پوشش برنامه حمایتی کمیته امداد (دریافت سبد غذایی) است: بلی ☐ خیر ☐**

آدرس محل سکونت: .....

تلفن منزل..... تلفن محل کار سرپرست..... تلفن همراه سرپرست.....

## جدول ثبت واکسیناسیون کودک

| سن / واکسن | بدو تولد | ۲ ماهگی | ۴ ماهگی | ۶ ماهگی | ۱۲ ماهگی | ۱۸ ماهگی | ۶ سالگی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ب- ث- ژ | | | | | | | |
| فلج اطفال خوراکی | | | | | | | |
| فلج اطفال تزریقی | | | | | | | |
| هپاتیت ب | | | | | | | |
| پنج گانه | | | | | | | |
| سه گانه | | | | | | | |
| MMR | | | | | | | |

نوزادان با وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر یا با سن تولد کمتر از ۳۴ هفته مشمول برنامه غربالگری رتینوپاتی نارسی هستند موارد زیر برای آن ها ثبت شود:

آیا نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) بستری بوده است؟ بله ☐ خیر ☐

آیا در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به والدین اطلاع رسانی شده است ؟ بله ☐ خیر ☐

آیا به والدین در مورد معاینه چشم نوزاد در یک ماهگی به صورت کتبی اطلاع رسانی شده است؟ بله ☐ خیر ☐

تاریخ انجام اولین معاینه غربالگری رتنوپاتی نارسی .....

تاریخ انجام پیگیری فعال ..... نتیجه پیگیری فعال .....

**ثبت نتیجه غربالگری تنبلی چشم:**

تاریخ انجام غربالگری: سال ..... ماه ..... سن انجام غربالگری: سال ..... ماه ..... محل انجام غربالگری: .....

نحوه غربالگری: چارت ☐ دستگاه ☐ نتیجه غربالگری: گذر ☐ ارجاع: چشم راست ☐ چشم چپ ☐ انحراف چشم ☐ عدم همکاری ☐

اپتومتری یا ویزیت چشم پزشکی انجام شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت تأیید تنبلی چشم، درمان و پیگیری برنامه ریزی شده و انجام می شود؟ بلی ☐ خیر ☐

**ثبت نتیجه غربالگری شنوایی:**

تاریخ انجام غربالگری شنوایی: سال ..... ماه ..... سن انجام غربالگری شنوایی: سال ..... ماه ..... محل انجام غربالگری شنوایی: .....

نتیجه غربالگری شنوایی: گذر ☐ ارجاع ☐: یک گوش ☐ دو گوش ☐ شنوایی شناسی یا ویزیت متخصص گوش، گلو و بینی انجام شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

زمان انجام مراقبت بعدی: سال ..... ماه ..... روز ..... محل انجام مراقبت بعدی:.....

ثبت نتیجه آزمایشات تشخیصی اودیولوژیک: طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐

جایگاه کم شنوایی ☐: گوش راست ☐ گوش چپ ☐ هر دو گوش ☐ نوع کم شنوایی: انتقالی ☐ حسی -عصبی ☐ مخلوط ☐ درجه کم شنوایی: ملایم ☐ متوسط ☐ شدید ☐ عمیق ☐

ثبت نوع مداخله درمانی/ توانبخشی کم شنوایی:

تجویز سمعک و تناسب آن ☐ کاشت حلزون ☐ توانبخشی شنوایی ☐ مداخله های طبی و جراحی ترمیمی یا بازسازی شنوایی ☐

## ارزیابی سلامت مادر و وضعیت شیردهی

| سوال کنید: بلی/ خیر | اولین مراجعه (ترجیحاً ۵-۳ روزگی) | ۱۵-۱۴ روزگی | ۴۵-۳۰ روز | ۲ ماهگی | ۴ ماهگی | ۶ ماهگی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱. مادر سابقه جراحی پستان (بزرگ کردن و کوچک کردن پستان، برداشت توده از پستان، تروما و سوختگی پستان) دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) | | | | | | |
| ۲. آیا مادر نوک پستان صاف و فرو رفته دارد؟(این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)جدول ۵ و ۱۸ | | | | | | |
| ۳. آیا پستان مادر دچار مشکلاتی نظیر احتقان، زخم نوک، مجاری بسته و آبسه یا عفونت. شده است؟ جدول ۵ و ۱۸ | | | | | | |
| ۴. آیا در اظهارات مادر در مورد شیردهی باورهای نادرست (نظیر عدم امکان تغذیه انحصاری تا شش ماه و یا تغییر شکل پستان ها) وجود دارد؟ (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود)جدول ۱۹ | | | | | | |
| ۵. آیا مادر در بارداری اخیر دیابت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود) | | | | | | |
| ۶. آیا مادر زایمان سخت داشته است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود) | | | | | | |
| ۷. آیا مادر سزارین شده است؟ (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۲ ماهگی سوال شود) | | | | | | |
| ۸. آیا مادر دچار عوارض شدید زایمانی نظیر خونریزی پس از زایمان، باقیماندن اجزای جفت، پره اکلامپسی، بستری در بخش مراقبت ویژه، بازگشت مجدد به اتاق عمل یا تزریق بیش از سه واحد خون داشته است؟ (مراقبت ۳ تا ۵ روزگی و مراقبت ۱۵ و۱۴ روزگی سوال شود) | | | | | | |
| ۹. آیا سن مادر زیر ۱۶ سال است؟ | | | | | | |
| ۱۰. آیا مادر قبل از بارداری سوء تغذیه کم وزنی داشته است؟ (جدول۱۷) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) | | | | | | |
| ۱۱. آیا مادر سوء تغذیه کم وزنی دارد (شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸٫۵) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) | | | | | | |
| ۱۲. آیا مادر تغذیه ناکافی و نامناسب دارد؟ (جدول۱۶) | | | | | | |
| ۱۳. آیا مادر برای فرزند قبلی مشکل شیردهی داشته است ؟(جدول ۱۷) (این سوال فقط در اولین مراجعه کودک پس از تولد پرسیده شود) | | | | | | |
| ۱۴. آیا در بارداری اخیر، مادر حاملگی بدون برنامه ریزی (ناخواسته) داشته است؟ (جدول ۱۷) | | | | | | |
| ۱۵. آیا مادر داروهایی که در شیردهی منع مصرف مطلق یا نسبی دارد، مصرف می کند؟ (جدول۱۷) | | | | | | |
| ۱۶. آیا مادر به دلیل مشکلات روحی/ روانی دارو مصرف می کند؟ | | | | | | |
| ۱۷. آیا مادر سوء مصرف مواد دارد؟ | | | | | | |
| ۱۸. آیا مادر مشکل خانوادگی دارد؟ (جدول ۱۷) | | | | | | |
| ۱۹. آیا در مادر اعتماد به نفس کافی دیده نمی شود؟ (جدول ۱۷) | | | | | | |
| ۲۰. آیا مادر علائم بی خوابی و خستگی مفرط دارد؟ (جدول ۱۷) | | | | | | |
| ۲۱. آیا مادر شاغل یا در حال تحصیل است و ساعاتی را به دور از فرزندش می گذراند؟(جدول ۵ و ۶) (این سوال از بدو تولد تا مراقبت ۶ ماهگی پرسیده شود) | | | | | | |
| ۲۲. آیا روش پیشگیری از بارداری مادر نامتناسب با شیردهی انتخاب شده است؟ (طبق دستورعمل باروی سالم) | | | | | | |
| **طبقه‌بندی:** ۱- مشکل سلامت و شیردهی مادر ۲-احتمال مشکل سلامت و شیردهی مادر ۳- مشکل سلامت و شیردهی مادر ندارد | | | | | | |

***ارزیابی سلامت و شیردهی مادر در اولین مراجعه انجام شود و چنانچه در طبقه بندی سلامت و شیردهی مادر مشکل ندارد قرار گیرد نیاز به ارزیابی مجدد در مراجعات بعدی نیست. در هر بار که ارزیابی تغذیه شیرخوار در طبقه بندی احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر قرار گیرد لازم است ارزیابی وضعیت سلامت و شیردهی مادر نیز تکمیل شود.**

## ارزیابی تغذیه نوزاد/ شیرخوار تا پایان شیردهی

| سوال کنید: بلی/ خیر | ویزیت‌های مراقبت سلامت | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **نوع تغذیه شیرخوار را تعیین کنید: شیر مادر ☐ شیرمصنوعی ☐ توأم ☐ شیردام ☐** | اولین مراجعه ترجیحا ۳ تا ۵روزگی | ۱۵-۱۴روزگی | ۴۵-۳۰ روز | ۲ ماهگی | ۴ ماهگی | ۶ ماهگی |
| ☐ **اگر شیرمادر می‌خورد سوالات ۱ تا ۱۵ پرسیده شود.** | | | | | | |
| ۱. آیا جریان شیر زیاد شده است؟ (۳ تا ۵ روزگی) | | | | | | |
| ۲. آیا تعداد دفعات دفع ادرار نوزاد مناسب است؟ (روز سوم و چهارم ۴ تا ۶ بار و روز پنجم ۶ تا ۸ بار در شبانه روز و پس از آن حداقل ۶ بار در روز ادرار بی رنگ و رقیق) (جدول ۱ و ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) | | | | | | |
| ۳. آیا تعداد دفعات دفع مدفوع نوزاد تا ۴ بار در شبانه روز است؟ (در روز سوم تا پنجم دفع مدفوع بیش از ۴ بار در شبانه روز) (جدول ۱ و ۳) (تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی) | | | | | | |
| ۴. آیا مدفوع نوزاد/ شیرخوار رنگ طبیعی دارد؟ (در روز سوم تا پنجم رنگ مدفوع زرد مایل به سیاه و پس از آن به رنگ زرد) (جدول ۱ و ۳) | | | | | | |
| ۵. آیا نوزاد/ شیرخوار تغییرات وزن طبیعی دارد؟ (روز سوم کمتر از ۶ درصد و روز چهارم کمتر از ۸ درصد و روز پنجم بدون کاهش وزن و پس از آن متناسب با منحنی رشد) (جدول ۱ و ۳) | | | | | | |
| ۶. آیا شیردهی به نوزاد/ شیرخوار در هر وعده بطور متناوب از دو پستان می باشد؟ (جدول ۲) (این سوال تا زمان استقرار شیردهی یعنی شش هفتگی پرسیده شود) | | | | | | |
| ۷. آیا شیردهی تا تخلیه کامل یک پستان و رها کردن آن توسط نوزاد/ شیرخوار ادامه می یابد؟ (جدول ۲) (از ۶ هفتگی به بعد در مراقبت ها پرسیده شود) | | | | | | |
| ۸. آیا شیردهی برحسب نیاز نوزاد/ شیرخوار انجام می شود ؟ (جدول ۱) | | | | | | |
| ۹. آیا نوزاد/ شیرخوار در شب در فواصل ۳ ساعت برای شیردهی بیدار می‌شود و یا در صورت بیدار نشدن مادر او را بیدار می‌کند؟ (جدول ۲) | | | | | | |
| ۱۰. آیا تعداد دفعات شیردهی مناسب است؟ (جدول ۲) (از مراقبت ۳ تا ۵ روزگی تا مراقبت ۳۰ تا ۴۵ روزگی سوال شود) | | | | | | |
| ۱۱. آیا نوزاد/ شیرخوار بعد از شیرخوردن آرام و راحت است؟ (جدول ۲ و ۷) | | | | | | |
| ۱۲. آیا شیرخوار و مادر در کنار یکدیگر می خوابند؟ (جدول ۲) | | | | | | |
| ۱۳. آیا نوزاد/ شیرخوار زیر شش ماه در طی ۲۴ ساعت گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده است؟ (جدول ۲) (از اولین مراقبت تا ۶ ماهگی پرسیده شود) | | | | | | |
| ۱۴. آیا نوزاد/ شیرخوار کاملا سالم است و شرایط خاصی مثل نارسی و کم وزنی، دوقلو یا چندقلویی، شکاف کام و لب، زردی ندارد؟ (جدول ۱۰) | | | | | | |
| ۱۵. آیا نوزاد/ شیرخوار به راحتی سینه مادر را می‌گیرد (عدم وجود امتناع از پستان مادر) (جدول ۸) | | | | | | |
| ☐ **اگر شیرخوار از شیرمصنوعی استفاده می‌کند سوالات ۱۶ تا ۲۰ پرسیده شود.** | | | | | | |
| ۱۶. آیا دلیل پزشکی مطابق با دستورالعمل برای تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی وجود دارد ؟ (جدول ۱۱) | | | | | | |
| ۱۷. آیا وزن گیری شیرخوار متناسب با سن او ست؟ | | | | | | |
| ۱۸. آیا مقدار و دفعات شیر مصنوعی مطابق سن شیرخوار است؟ (جدول۱۱) | | | | | | |
| ۱۹. آیا مادر روش آماده سازی شیر مصنوعی و رعایت اصول بهداشتی برای تهیه آن را به درستی می داند؟ (جدول ۱۳) | | | | | | |
| ۲۰. در صورت استفاده از شیشه شیر، آیا مادر یا مراقبت‌کننده روش پاکیزه سازی شیشه شیر را رعایت می‌کند؟(جدول ۱۳) | | | | | | |
| ۲۱. آیا از دادن گول زنک به شیرخوار اجتناب می شود؟ (جدول ۱۴) | | | | | | |
| ☐ **اگر شیرخوار از شیردام استفاده می‌کند طبق جدول ۱۲ بوکلت توضیحات لازم به مادر داده شود.** | | | | | | |
| **طبقه بندی:** ۱- مشکل تغذیه با شیر مادر ۲- احتمال مشکل تغذیه با شیر مادر ۳- مشکل تغذیه با شیر مادر ندارد ۴- مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ۵- احتمال مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ۶- مشکل تغذیه با شیر مصنوعی ندارد ۷- مشکل تغذیه با شیر دام | | | | | | |
| **مشاهده کنید (هنگام شیردهی)** | | | | | | |
| **وضعیت عمومی** | | | | | | |
| شیرخوار سالم به نظر می‌رسد؟ | | | | | | |
| شیرخوار آرام و راحت است؟ | | | | | | |
| شیرخوار در صورت گرسنگی پستان را جستجو نموده یا می‌گیرد (به‌ویژه در نوزادان)؟ | | | | | | |
| دهان شیرخوار برفک ندارد؟ | | | | | | |
| **وضعیت بغل کردن شیرخوار** | | | | | | |
| سر، گردن، گوش و تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد؟ | | | | | | |
| بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر است؟ | | | | | | |
| تمام بدن شیرخوار با دست مادر حمایت شده (به‌ویژه در نوزادان)؟ | | | | | | |
| شیرخوار به‌نحوی به پستان نزدیک می‌شود که بینی او مقابل نوک پستان و چانه در تماس با پستان قرار گیرد؟ | | | | | | |
| **وضعیت پستان گرفتن** | | | | | | |
| - قسمت بیشتری از آرئول بالای لب فوقانی دیده می‌شود؟ | | | | | | |
| - دهان شیرخوار کاملاً باز است؟ | | | | | | |
| - لب تحتانی شیرخوار به بیرون برگشته؟ | | | | | | |
| - چانه شیرخوار با پستان مادر در تماس است؟ | | | | | | |
| **نحوه مکیدن** | | | | | | |
| - مکیدن شیرخوار آهسته، عمیق و گاه با مکث است؟ | | | | | | |
| - گونه‌ها موقع مکیدن برجسته است؟ | | | | | | |
| - صدای بلع به گوش می‌رسد (پس از زیاد شدن شیر)؟ | | | | | | |
| - شیرخوار پس از اتمام شیرخوردن خود پستان را رها می‌کند؟ | | | | | | |
| - مادر علائم بازتاب جهش شیر مادر را احساس می‌کند؟ | | | | | | |
| **طبقه‌بندی:** ۱-مشکل در وضعیت عمومی شیردهی ۲- مشکل در وضعیت بغل کردن شیرخوار ۳-مشکل در وضعیت پستان گرفتن شیردهی ۴- مشکل در نحوه مکیدن شیرخوار ۵- مشکل شیردهی ندارد | | | | | | |

**زمان قطع شیر مادر (در صورت قطع): ..... علت قطع شیر مادر: ۱- عدم کفایت شیر مادر ۲- بیماری مادر ۳- بیماری شیرخوار ۴- عدم تمایل مادر ۵- سایر موارد .....**

## ارزیابی وضعیت تغذیه کودک - از پایان ۶ ماهگی تا ۶۰ ماهگی

| سوال کنید: بلی/ خیر | ویزیت‌های مراقبت سلامت | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ۷ ماهگی | ۹ ماهگی | ۱۲ ماهگی | ۱۵ ماهگی | ۱۸ ماهگی | ۲۴ ماهگی | ۳۰ ماهگی | ۳۶ ماهگی | ۴۸ ماهگی | ۶۰ ماهگی |
| ۱. آیا شیرخوار پس از پایان شش ماهگی تغذیه تکمیلی را آغاز کرده است؟ (جدول ۲) (در مراقبت ۷ ماهگی و در صورت عدم مراجعه در مراقبت ۹ ماهگی سوال شود) | | | | | | | | | | |
| ۲. آیا غذای کودک را با غلظت مناسب تهیه می‌کنید؟ (برای تعیین غلظت از عکس راهنما استفاده کنید) | | | | | | | | | | |
| ۳. آیا پوره غلیظ، غذاهای کاملا نرم شده متناسب با سن و شرایط شیرخوار و متنوع از گروه‌های غذایی (بویژه منابع پروتئین حیوانی مانند گوشت (گوسفند و مرغ) و میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او داده می‌شود؟ | | | | | | | | | | |
| ۴. آیا از ۶ ماهگی تا یکسالگی شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ (جدول۷) | | | | | | | | | | |
| ۵. آیا شیرخوار مقدار غذای متناسب با سن خود را در هر وعده می خورد؟ (به تدریج به ۱۲۵ سی سی یا نصف لیوان رسانده اید؟) | | | | | | | | | | |
| ۶. آیا به شیرخوار ۳-۲ وعده غذا در روز و ۲-۱ میان وعده مغذی می‌دهید؟ | | | | | | | | | | |
| ۷. آیا شیرخوار به ماده غذایی خاصی آلرژی (حساسیت) دارد؟ | | | | | | | | | | |
| ۸. آیا شما، همسرتان یا سایر فرزندانتان به برخی مواد غذایی آلرژی (حساسیت) دارید؟ | | | | | | | | | | |
| ۹. آیا تا پایان یکسالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) (شاخص) | | | | | | | | | | |
| ۱۰. پس از یکسالگی آیا غذای اصلی شیرخوار غذای خانواده است؟ (در مراقبت ۱۲ یا ۱۵ یا ۱۸ ماهگی پرسیده شود) | | | | | | | | | | |
| ۱۱. آیا در هر وعده نصف لیوان (۱۲۵ سی‌سی) غذا به او می‌دهید؟ | | | | | | | | | | |
| ۱۲. آیا غذاهای متنوع نرم و له شده خانواده (غلات، حبوبات، گوشت‌ها، میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین آ و ویتامین ث) به او می‌دهید؟ | | | | | | | | | | |
| ۱۳. آیا به شیرخوار ۴-۳ وعده غذا و ۲-۱ میان وعده مغذی می‌دهید؟ | | | | | | | | | | |
| ۱۴. آیا تا پایان دو سالگی تغذیه با شیر مادر تداوم داشته است؟ (در مراقبت ۲۴ یا ۳۰ ماهگی پرسیده شود) (شاخص) | | | | | | | | | | |
| ۱۵. آیا کودک روزانه غذاهای متنوع شامل تمام گروه های غذایی (نان و غلات، گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزدانه‌ها، سبزی‌ها، میوه‌ها و شیر و لبنیات) مصرف می کند؟ | | | | | | | | | | |
| ۱۶. آیا کودک ۴-۳ وعده در روز غذای خانواده و ۲-۱ میان وعده مغذی متناسب با سن می خورد؟ | | | | | | | | | | |
| ۱۷. آیا کودک سهم غذای کافی متناسب با سن در هر وعده می خورد؟ (در کودکان ۲-۱ سال سه چهارم لیوان، در کودکان ۵-۲ سال ۱ لیوان) | | | | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی:** ۱- احتمال مشکل تغذیه دارد ۲- مشکل تغذیه ندارد | | | | | | | | | | |

**زمان قطع شیر مادر (در صورت قطع):** ..... **علت قطع شیر مادر: ۱- عدم کفایت شیر مادر ۲- بیماری مادر ۳- بیماری شیرخوار ۴- عدم تمایل مادر ۵- سایر موارد** .....

در صورت مصرف شیر مصنوعی موارد زیر تکمیل شود:

- سن شروع مصرف شیر مصنوعی چه سنی است؟ ماه ..... روز.....
- نوع شیر مصنوعی: یارانه ای ☐ غیر یارانه ای ☐
- در صورتی که شیر مصنوعی یارانه ای تجویز شده به صورت کامل دریافت می شود یا به صورت کمکی؟ کامل ☐ کمکی ☐
- علت تجویز شیر مصنوعی یارانه ای چیست ؟

مطلوب نبودن نمودار رشد شیرخوار ☐ چندقلویی ☐ بیماری مادر ☐ داروی مادر و مواد رادیواکتیو ☐ جدایی والدین ☐ فوت مادر ☐ فرزندخواندگی ☐ سایر: .....

- در صورتی که شیر مصنوعی غیر رایانه ای مصرف می کند تعیین کنید به توصیه چه کسی بوده است؟ پزشک ☐ اطرافیان ☐ خودسرانه ☐

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | اولین مراقبت ترجیحا ۵-۳ روزگی | | ۱۵-۱۴ روزگی | | ۴۵-۳۰ روزگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱- نشانه خطر | ۱- کاهش قدرت مکیدن ۲- استفراغ مکرر ۳- تب ۴- بی قراری و تحریک پذیری ۵- تشنج ۶- تنفس تند ۷- تو کشیده شدن شدید قفسه سینه ۸- پرش پره های بینی ۹- ناله کردن ۱۰- برآمدگی ملاج ۱۱- تحرک کمتر از معمول و بی حالی ۱۲- اختلال هوشیاری ۱۳- درجه حرارت پایین ۱۴- زردی ۱۵- هیچکدام از نشانه های فوق را ندارد | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- احتمال بیماری خیلی شدید ۲- زردی ۳- علائم و نشانه های خطر ندارد | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه‌حرارت:..... تنفس:..... |
| ۲- وزن برای سن | ۱- پایین‌تر از z-score -3 ۲- مساوی z-score -3 تا پایین‌تر از z-score -2 ۳- بالاتر از z-score +1 ۴- مساوی z-score -2 تا مساوی z-score +1<br>الف- روند رشد نامعلوم ب- روند رشد متوقف شده ج- کاهش وزن د-روند افزایش وزن به موازات میانه ه-افزایش وزن | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: ---------گرم | | وزن: ---------گرم | | وزن: ---------گرم |
| ۳- قد برای سن | ۱- پایین‌تر از z-score -3 ۲- مساوی z-score -3 تا پایین تر از z-score -2 ۳- بالاتر از z-score +3 ۴- مساوی z-score -2 تا مساوی z-score +3<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه<br>ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: - / -- سانتیمتر | | قد: - / -- سانتیمتر | | قد: - / -- سانتیمتر |
| ۴- دور سر برای سن | ۱- پایین‌تر از z-score -3 ۲- بالاتر از z-score +3 ۳- مساوی z-score -3 تا مساوی z-score +3<br>الف- روند افزایش دور سر نامعلوم ب- روند افزایش دور سر متوقف شده ج- روند افزایش دور سر دور از میانه ه- روند افزایش دور سر موازی با میانه | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- دورسر کوچک ۲- دورسر بزرگ ۳-نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر ۴- دورسر طبیعی | دورسر: - / -- سانتیمتر | | دورسر: - / -- سانتیمتر | | دورسر: - / -- سانتیمتر |
| ۵- وزن برای قد | ۱- پایین تر از z-score -3 ۲- مساوی z-score -3 تا پایین‌تر از z-score -2 ۳-بالاتر از z-score +3 ۴- بالاتر از z-score +2 تا مساوی z-score +3<br>۵ -بالاتر از z-score +1 تا مساوی z-score +2 ۶- مساوی z-score -2 تا مساوی z-score +1 | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | |
| ۶- بینایی | ۱. نوزاد نارس وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم یا سن جنین کمتر از ۳۴ هفته (اولین ویزیت) ۲. سابقه بیماری ارثی چشم در خانواده (اولین ویزیت) ۳. نوزگریزی (۱۵-۱۴ روزگی) ۴. ظاهر غیرعادی سر و صورت ۵. ظاهر غیرعادی چشم‌ها | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد | | | | | |
| ۷- شنوایی | **اولین ویزیت:** ۱- آیا تست غربالگری شنوایی نوزادی (نوبت اول) انجام شده است؟ ۲- سابقه عفونت‌های دوران بارداری (سیفلیس، TORCH، HIV) ۳- وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم ۴- نوزاد نارس به دنیا آمده است (کمتر از ۳۷ هفته) ۵- آیا سابقه بستری ۴۸ ساعت یا بیشتر در بخش نوزادان یا مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) داشته است؟ ۶- آیا سابقه خانوادگی وجود کم شنوایی دائمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک (درجه ۱، ۲ و ۳) دارد ۷- ناهنجاری در سر، صورت و گوش وجود دارد **مراقبت ۱۵-۱۴ روزگی:** ۸- سابقه زردی شدید نیازمند تعویض خون در دوره نوزادی دارد) **از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی :** ۹- سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد () ۱۰- سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد ۱۱- سابقه ضربه به سر دارد ۱۲- سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه‌زا ۱۳- مشکل شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری از نظر والدین یا مراقب کودک دارد. ۱۴- نتیجه آزمایش های تشخیصی شنوایی غیرطبیعی بوده است | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری شنوایی ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۳- مشکل گوش/ شنوایی ندارد ۴- تست تأیید تشخیص غیرطبیعی | | | | | |
| ۸- ژنتیک | ۱- وجود بیماری ارثی (تشخیص داده شده) در کودک یا خویشاوندان (درجه ۱، ۲ و ۳) ۲- وجود اختلال تکرارشونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) در خویشاوندان کودک ۳- وجود اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی در کودک یا خویشاوندان کودک ۴- وجود بدخیمی در کودک یا خویشاوندان کودک | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ۲- طبیعی | | | | | |
| ۹- غربالگری هیپوتیروئیدی | ۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم‌کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۵- دوقلو یا چندقلو ۶- وزن تولد بیش از ۴۰۰۰ گرم ۷-سابقه بستری در بیمارستان ۸- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۹- نوزاد داروهای خاص مصرف کرده‌است (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۱۰- جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹-۵ ۱۱- نمونه نامناسب ۱۲- دومین بار آزمایش غربالگری کم‌کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت (TSH بیشتر از ۵) ۱۳- نتیجه غربالگری نوبت اول کم‌کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر از ۱۰ ۱۴- آزمایش وریدی کم‌کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T۳RUP, T۴ یا free T۴) غیرطبیعی ۱۵- تست غربالگری اولیه کم‌کاری تیروئید پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- غربالگری مجدد کم‌کاری تیروئید پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۷- تست وریدی کم‌کاری تیروئید منفی (T4 , THS, T3RUP طبیعی) | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم‌کاری تیروئید ۲- نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم‌کاری تیروئید از پاشنه پا ۳- احتمال کم‌کاری تیروئید ۴-نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم‌کاری تیروئید ۵- کم کاری تیروئید دارد ۵- کم‌کاری تیروئید ندارد | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | | اولین مراقبت ترجیحا ۵-۳ روزگی | | ۱۵-۱۴ روزگی | | ۴۵-۳۰ روزگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱۰- غربالگری PKU | ۱- انجام ندادن آزمایش ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU، فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ ۶- فنیل آلانین تست تأیید روی کاغذ فیلتر مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- فنیل آلانین تست تأیید روی نمونه سرم مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب در بیمارستان منتخب PKU ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تایید تشخیص منفی | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU ۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی | | | | | | |
| ۱۱- بد رفتاری با کودک | ۱- خونریزی غیر قابل کنترل ۲- آثار سوختگی درمان نشده ۳- دررفتکی احتمالی یا تورم یک مفصل ۴- شکستگی احتمالی یک استخوان ۵- کبودی چشمان ۶- پارگی لجام لب ۷- عدم هوشیاری و علایم حیاتی غیرطبیعی ۸- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... ۹- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۱۰- خونمردگی در اعضای مختلف بدن ۱۱- عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علایم آسیب بدنی ۱۲- وجود کبودی ها و علایمی که مدت‌ها از زمان آنها گذشته باشد ۱۳- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک ۱۴- کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۱۵- وجود مناطق طاسی در سرناشی از کشیده شدن موها ۱۶- آثار ضربات شلاق ۱۷- مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند ۱۸- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک ۱۹- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک ۲۰- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک ۲۱- زندان بودن یکی از اعضای خانواده کودک ۲۲- خانواده کودک دچار فقر (تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد) ۲۳- هیچ یک از علایم و نشانه ها را ندارد | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱-احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹) ۲- احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹) ۳- کودک شاهد خشونت ۴- کودک با خانواده آسیب پذیر ۵- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد. | | | | | | |
| ۱۲- واکسن: طبقه‌بندی | ۱- واکسیناسیون ناقص ۲- واکسیناسیون کامل | | | | | | |
| ۱۳- مکمل مولتی ویتامین / آ+د: طبقه‌بندی | ۱- مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۴- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۵- تعداد شیشه مکمل مکمل آ+د / مولتی ویتامین داده شده | | | | | | | |
| ۱۶- مکمل آهن: | ۱- مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۷-منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۸- تعداد شیشه مکمل آهن داده شده | | | | | | | |
| ۱۹- ارجاع | ۱- ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت ۲- ارجاع فوری به بیمارستان ۳- ارجاع به پزشک خانواده<br>علت ارجاع: ..... | | | | | | |
| ۲۰- توصیه‌ها | توصیه تغذیه‌ای و مصرف صحیح مکمل انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه ارتباط والدین انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه پیشگیری از حوادث انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه برای ارتقای تکامل کودک انجام شد؟ .....<br>..... | | | | | | |
| **۲۱- نام و نام‌خانوادگی مراقبت‌کننده:** | | | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | ۲ ماهگی | | ۴ ماهگی | | ۶ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱- نشانه خطر | ۱- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست ۲- استفراغ مکرر ۳- تشنج ۴-بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بیماری خیلی شدید ۲- زردی ۳- علائم و نشانه های خطر ندارد | درجه حرارت:..... تنفس:..... | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه‌حرارت:..... تنفس:..... | |
| ۲- وزن برای سن | ۱- پایین تر از 3z-score- ۲- مساوی 3z-score- تا پایین تر از 2z-score- ۳- بالاتر از 1z-score+ ۴- مساوی 2z-score- تا مساوی 1z-score+<br>الف- روند رشد نامعلوم ب- روند رشد متوقف شده ج- کاهش وزن د-روند افزایش وزن به موازات میانه ه-افزایش وزن | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: - - - - - - - گرم | وزن: - - - - - - - گرم | | وزن: - - - - - - - گرم | |
| ۳- قد برای سن | ۱- پایین تر از 3z- score- ۲- مساوی 3z-score- تا پایین تر از 2z-score- ۳- بالاتر از 3z-score+ ۴- مساوی 2z-score- تا مساوی 3z-score+<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه<br>ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: - / - - سانتیمتر | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | |
| ۴- دور سر برای سن | ۱- پایین تر از 3z-score- ۲- بالاتر از 3z-score+ ۳- مساوی 3z-score- تا مساوی 3z-score+<br>الف- روند افزایش دور سر نامعلوم ب- روند افزایش دور سر متوقف شده ج- روند افزایش دور سر دور از میانه ه- روند افزایش دور سر موازی با میانه | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- دورسر کوچک ۲- دورسر بزرگ ۳-نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر ۴- دورسر طبیعی | دورسر: - / - - سانتیمتر | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | |
| ۵- وزن برای قد | ۱- پایین تر از 3z-score- ۲- مساوی 3z-score- تا پایین تر از 2z-score- ۳-بالاتر از 3z-score+ ۴- بالاتر از 2z-score+ تا مساوی 3z-score+<br>۵ -بالاتر از 1z-score+ تا مساوی 2z-score+ ۶- مساوی 2z-score- تا مساوی 1z-score+ | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | |
| ۶- دهان و دندان | ۱- درد ۲- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۳- تورم وقرمزی لثه ۴- تورم صورت ۵-نشانه‌های ضربه ۶- پوسیدگی زودرس ۷- نقاط سفید گچی ۸- تأخیر رویش ۹- وجود پلاک ۱۰- تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین ۱۱- سابقه ضربه به‌صورت ۱۲- از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده های غذایی (آبمیوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می‌شود. ۱۳- کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می خورد. ۱۴- عدم مراقبت دندان پزشکی مادر حین بارداری ۱۵-وجود مشکل در حین دندان درآوردن ۱۶- معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یک سالگی ۱۷- پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندانی دارند. | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط ۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر ۴- مشکل دندانی ندارد. | | | | | |
| ۷- بینایی | ۱- لرزش (۲ ماهگی) ۲- اشک ریزش (۲ ماهگی) ۳- ترشح و قی مزمن ۲ ماهگی (۲ ماهگی) | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد | | | | | |
| ۸- شنوایی | ۱- سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۲- سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۳- سابقه ضربه به سر دارد ۴ - سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) ۵- مشکل شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری از نظر والدین یا مراقب کودک دارد. (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری شنوایی ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۳- مشکل گوش/ شنوایی ندارد ۴- تست تأیید تشخیص غیر طبیعی | | | | | |
| ۹- غربالگری تکامل RED FLAGS | ۱- با شنیدن صدای بلند در شیرخوردن مکث می‌کند یا در هنگام خواب از جا می‌پرد؟ ۲- اجسام متحرک را با نگاه دنبال می‌کند؟ ۳- به اشخاص لبخند می‌زند؟ ۴- وقتی روی شکم دراز کشیده، می‌تواند چانه‌اش را به‌مدت کوتاهی از زمین بلند کند؟ ۵- در مکیدن یا بلع شیر مشکل دارد؟ | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- طبیعی | | | | | |
| ۱۰- غربالگری تکامل (ASQ) | ۱- امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از 2SD- ۲- امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی 1SD- و پایین تر ۳- پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۴- امتیاز تست غربالگر استاندارد بین 1SD- و 2SD- ۵- امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای 1SD- | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل<br>الف- حیطه برقراری ارتباط ب- حیطه حرکات درشت<br>ج- حیطه حرکات ظریف د- حیطه حل مسئله<br>ه- حیطه شخصی اجتماعی ی- موارد کلی<br>۲-نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | | ۲ ماهگی | | ۴ ماهگی | | ۶ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱۱- غربالگری هیپوتیروئیدی | ۱- انجام ندادن آزمایش غربالگری کم‌کاری تیروئید ۲- نوزاد نارس ۳- نوزاد کم وزن (وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم) ۴- نوزاد بسیار کم وزن (وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ۵- دوقلو یا چندقلو ۶- وزن تولد بیش از ۴۰۰۰ گرم ۷-سابقه بستری در بیمارستان ۸- سابقه دریافت خون یا تعویض خون ۹- نوزاد داروهای خاص مصرف کرده‌است (دوپامین، ترکیبات کورتونی) ۱۰- جواب اولین نوبت تست غربالگری هیپوتیروئیدی اندازه TSH بر کاغذ فیلتر بین ۹/۹- ۵ ۱۱- نمونه نامناسب ۱۲- دومین بار آزمایش غربالگری کم‌کاری تیروئید از پاشنه پا مثبت (TSH بیشتر از ۵) ۱۳- نتیجه غربالگری نوبت اول کم‌کاری تیروئید از پاشنه پا TSH ۱۰ و بالاتر از ۱۰ ۱۴- آزمایش وریدی کم‌کاری تیروئید (تست تأیید تشخیص) (TSH, T۳RUP, T۴ یا free T۴) غیرطبیعی ۱۵- تست غربالگری اولیه کم‌کاری تیروئید پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۶- غربالگری مجدد کم‌کاری تیروئید پاشنه پا منفی (TSH کمتر از ۵) ۱۷- تست وریدی کم‌کاری تیروئید منفی (T4 , THS, T3RUP طبیعی) | | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش کم کاری تیروئید ۲- نیاز به نمونه‌گیری مجدد کم کاری تیروئید از پاشنه پا ۳- احتمال کم کاری تیروئید ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظرکم کاری تیروئید ۵- کم کاری تیروئید دارد ۶-کم کاری تیروئید ندارد | | | | | | |
| ۱۲- غربالگری PKU | ۱- انجام ندادن آزمایش ۲- مادر مبتلا به PKU ۳- نوزاد نارس ۴- سابقه بستری در بیمارستان ۵- جواب اولین نوبت تست غربالگری PKU، فنیل آلانین مساوی یا بیشتر از ۴ ۶- فنیل آلانین تست تأیید روی کاغذ فیلتر مساوی یا بزرگتر از ۳/۴ ۷- فنیل آلانین تست تأیید روی نمونه سرم مساوی یا بزرگتر از ۴ ۸- تأیید تشخیص بیماری PKU مثبت توسط پزشک منتخب در بیمارستان منتخب PKU ۹- تست غربالگری اولیه منفی ۱۰- تست تایید تشخیص منفی | | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام آزمایش PKU ۲- احتمال نیاز به نمونه‌گیری مجددPKU ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت ۴- تست تأیید تشخیص PKU مثبت ۵- PKU مثبت بیمارستانی ۶- PKU منفی | | | | | | |
| ۱۳- بدرفتاری با کودک | ۱- خونریزی غیرقابل کنترل ۲- آثار سوختگی درمان نشده ۳-دررفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل ۴-شکستگی احتمالی یک استخوان ۵- کبودی چشمان ۶- پارگی لجام لب ۷- عدم هوشیاری و علایم حیاتی غیرطبیعی ۸- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... ۹- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت‌های مختلف بدن ۱۰- خونمردگی در اعضای مختلف بدن ۱۱- عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علایم آسیب بدنی ۱۲- وجود کبودی‌ها و علایمی که مدت‌ها از زمان آنها گذشته باشد ۱۳- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک ۱۴- کبودی‌های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۱۵- وجود مناطق طاسی در سرناشی از کشیده شدن موها ۱۶- آثار ضربات شلاق ۱۷ - مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند ۱۸- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک ۱۹- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک ۲۰- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک ۲۱- زندان بودن یکی از اعضای خانواده کودک ۲۲- خانواده کودک دچار فقر (تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد) ۲۳- هیچ یک از علایم و نشانه ها را ندارد | | | | | | |
| طبقه‌بندی | ۱-احتمال بد رفتاری شدید با کودک (کد ۱۹) ۲- احتمال بد رفتاری با کودک (کد ۱۹) ۳- کودک شاهد خشونت ۴- کودک با خانواده آسیب پذیر ۵- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد. | | | | | | |
| ۱۴- مکمل مولتی ویتامین / آ+د | ۱-مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۵- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۶- تعداد شیشه مکمل آ+د / مولتی ویتامین داده شده | | | | | | | |
| ۱۷- مکمل آهن: | ۱- مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۸-منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۹- تعداد شیشه مکمل آهن داده شده | | | | | | | |
| ۲۰- مسواک انگشتی تحویل داده شده | | | | | | | |
| ۲۱- ارجاع | ۱- ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت ۲- ارجاع فوری به بیمارستان ۳- ارجاع به پزشک خانواده علت ارجاع: ..... ..... | | | | | | |
| ۲۲- توصیه‌ها | توصیه تغذیه‌ای و مصرف صحیح مکمل انجام شد؟ ..... ..... توصیه ارتباط والدین انجام شد؟ ..... ..... توصیه پیشگیری از حوادث انجام شد؟ ..... ..... توصیه دهان و دندان انجام شد؟ ..... ..... توصیه برای ارتقای تکامل کودک انجام شد؟ ..... ..... | | | | | | |
| ۲۳- نام و نام‌خانوادگی مراقبت‌کننده: | | | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | ۷ ماهگی | | ۹ ماهگی | | ۱۲ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱- نشانه خطر | ۱- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست ۲- استفراغ مکرر ۳- تشنج ۴-بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بیماری خیلی شدید ۲- زردی ۳- علائم و نشانه های خطر ندارد | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه حرارت:..... تنفس:..... |
| ۲- وزن برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳- بالاتر از score +1z ۴- مساوی score -2z تا مساوی score +1z<br>الف- روند رشد نامعلوم ب- روند رشد متوقف شده ج- کاهش وزن د-روند افزایش وزن به موازات میانه ه-افزایش وزن | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن<br>۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم |
| ۳- قد برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳- بالاتر از score +3z ۴- مساوی score -2z تا مساوی score +3z<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه<br>ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد<br>۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر |
| ۴- دور سر برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- بالاتر از score +3z ۳- مساوی score -3z تا مساوی score +3z<br>الف- روند افزایش دور سر نامعلوم ب- روند افزایش دور سر متوقف شده ج- روند افزایش دور سر دور از میانه ه- روند افزایش دور سر موازی با میانه | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- دورسر کوچک ۲- دورسر بزرگ ۳-نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر<br>۴- دورسر طبیعی | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر |
| ۵- وزن برای قد | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳-بالاتر از score +3z ۴- بالاتر از score +2z تا مساوی score +3z<br>۵ -بالاتر از score +1z تا مساوی score +2z ۶- مساوی score -2z تا مساوی score +1z | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | |
| ۶- دهان و دندان | ۱- درد ۲- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۳- تورم وقرمزی لثه ۴- تورم صورت ۵-نشانه‌های ضربه ۶- پوسیدگی زودرس ۷- نقاط سفید گچی ۸- تأخیر رویش ۹- وجود پلاک ۱۰- تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین ۱۱- سابقه ضربه به‌صورت ۱۲- از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندانی در فواصل وعده های غذایی (آبمیوه صنعتی، نوشابه و ...) استفاده می‌شود. ۱۳- کودک با شیشه شیر به مدت طولانی یا در طول شب شیر می خورد. ۱۴- عدم مراقبت دندان پزشکی مادر حین بارداری ۱۵-وجود مشکل در حین دندان درآوردن ۱۶- معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یک سالگی ۱۷- پدر یا مادر یا خواهر یا برادر کودک پوسیدگی دندانی دارند. | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط<br>۳- از نظر مشکل دندانی کم خطر ۴- مشکل دندانی ندارد. | | | | | |
| ۷- بینایی | ۱- به صورت مادر با توجه نگاه نمی‌کند یا با توجه به اطراف نگاه نمی‌کند ۲-نگرانی و شک مادر به انحراف در چشم کودک ۵- هیچ‌یک از نشانه های فوق را ندارد | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد | | | | | |
| ۸- شنوایی | ۱- سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۲- سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۳- سابقه ضربه به سر دارد ۴ - سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) ۵- مشکل شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری از نظر والدین یا مراقب کودک دارد. (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری شنوایی ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۳- مشکل گوش/ شنوایی ندارد ۴- تست تأیید تشخیص غیر طبیعی | | | | | |
| ۹- تکامل RED FLAGS | ۱- با گرفتن زیر بغل، کودک می‌تواند حداقل به‌مدت ۲ ثانیه روی کف پایش بایستد ۲- با تکیه دادن به دست‌هایش یا بالش بنشیند ۳- صداهایی بی معنی مانند "ما-- ما"، "با--- با"،"دا" در می‌آورد؟ ۴-وقتی با او بازی می‌کنید، با شما همراهی می‌کند؟ ۵- با شنیدن اسم خودش، واکنش نشان می‌دهد؟ ۶- افراد آشنا را از غریبه تشخیص می‌دهد؟ ۷- به طرفی که شما اشاره می‌کنید، نگاه می‌کند؟ ۸-اشیا را از یک دست به دست دیگرش می‌دهد؟ | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- طبیعی | | | | | |
| ۱۰- غربالگری تکامل (ASQ) | ۱- امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از SD۲- ۲- امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی SD۱- و پایین تر ۳- پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۴- امتیاز تست غربالگر استاندارد بین SD۱- و SD۲- ۵- امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای SD۱- | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر در حیطه برقراری ارتباط : الف- حیطه برقراری ارتباط<br>ب- حیطه حرکات درشت ج- حیطه حرکات ظریف د- حیطه حل مسئله ه- حیطه شخصی اجتماعی ی- موارد کلی<br>۲-نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی | | | | | |
| ۱۱- ژنتیک | ۱- وجود بیماری ارثی (تشخیص داده شده) در کودک یا خویشاوندان (درجه ۱، ۲ و ۳) ۲- وجود اختلال تکرارشونده (اختلال مشابه در بیش از یک نفر) در خویشاوندان کودک ۳- وجود اختلال جسمی، ذهنی یا حرکتی در کودک یا خویشاوندان کودک ۴- وجود بدخیمی در کودک یا خویشاوندان کودک | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱-نیازمند بررسی بیشتر از نظر ژنتیک ۲- طبیعی | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | ۷ ماهگی | | ۹ ماهگی | | ۱۲ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱۲- بدرفتاری با کودک | ۱- خونریزی غیرقابل کنترل ۲- آثار سوختگی درمان نشده ۳-دررفتکی احتمالی یا تورم یک مفصل ۴-شکستگی احتمالی یک استخوان ۵- کبودی چشمان ۶- پارگی لجام لب ۷- عدم هوشیاری و علایم حیاتی غیرطبیعی ۸- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... ۹- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۱۰- خونمردگی در اعضای مختلف بدن ۱۱- عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علایم آسیب بدنی ۱۲- وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آنها گذشته باشد ۱۳- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک ۱۴- کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۱۵- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها ۱۶- آثار ضربات شلاق ۱۷ - مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند ۱۸- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک ۱۹- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک ۲۰- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک ۲۱- زندان بودن یکی از اعضای خانواده کودک ۲۲- خانواده کودک دچار فقر (تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد) ۲۳- هیچ یک از علایم و نشانه ها را ندارد | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بد رفتاری شدید با کودک کد ۱۹ ۲- احتمال بد رفتاری با کودک کد ۱۹ ۳- کودک شاهد خشونت ۴- کودک با خانواده آسیب پذیر ۵- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد. | | | | | |
| ۱۳- فرزندآوری مادر | ۱- آیا شما و همسرتان فرزند / فرزندان بیشتری می‌خواهید؟<br>۲- شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله‌گذاری دارید؟ (بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد) | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری ۲ - واجد شرایط مشاوره برای فاصله گذاری ۳- واجد شرایط فرزندآوری | | | | | |
| ۱۴- واکسن | ۱- واکسیناسیون ناقص ۲- واکسیناسیون کامل | | | | | |
| ۱۵- مکمل مولتی ویتامین / آ+د | ۱-مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | |
| ۱۶- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | |
| ۱۷- تعداد شیشه مکمل آ+د / مولتی ویتامین داده شده | | | | | | |
| ۱۸- مکمل آهن: | ۱- مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | |
| ۱۹- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | |
| ۲۰- تعداد شیشه مکمل آهن داده شده | | | | | | |
| ۲۱- مسواک انگشتی تحویل داده شده | | | | | | |
| ۲۲- ارجاع | ۱- ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت ۲- ارجاع فوری به بیمارستان<br>۳- ارجاع به پزشک خانواده علت ارجاع: .....<br>..... | | | | | |
| ۲۳- توصیه‌ها | توصیه تغذیه‌ای و مصرف صحیح مکمل انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه ارتباط والدین انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه پیشگیری از حوادث انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه دهان و دندان انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه برای ارتقای تکامل کودک انجام شد؟ .....<br>..... | | | | | |
| ۲۴- نام و نام‌خانوادگی مراقبت‌کننده: | | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | | ۱۵ ماهگی | | ۱۸ ماهگی | | ۲۴ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱- نشانه خطر | ۱- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست ۲- استفراغ مکرر ۳- تشنج ۴-بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بیماری خیلی شدید ۲- زردی ۳- علائم و نشانه های خطر ندارد | درجه حرارت:..... تنفس:..... | | درجه‌حرارت:..... تنفس:..... | | درجه‌حرارت:..... تنفس:..... | |
| ۲- وزن برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳- بالاتر از score +1z ۴- مساوی score -2z تا مساوی score +1z<br>الف- روند رشد نامعلوم ب- روند رشد متوقف شده ج- کاهش وزن د-روند افزایش وزن به موازات میانه ه-افزایش وزن | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن<br>۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم | |
| ۳- قد برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳- بالاتر از score +3z ۴- مساوی score -2z تا مساوی score +3z<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه<br>ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد<br>۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | |
| ۴- دور سر برای سن | ۱- پایین تر از score -3z ۲- بالاتر از score +3z ۳- مساوی score -3z تا مساوی score +3z<br>الف- روند افزایش دور سر نامعلوم ب- روند افزایش دور سر متوقف شده ج- روند افزایش دور سر دور از میانه ه- روند افزایش دور سر موازی با میانه | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- دورسر کوچک ۲- دورسر بزرگ ۳-نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر<br>۴- دورسر طبیعی | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | |
| ۵- وزن برای قد | ۱- پایین تر از score -3z ۲- مساوی score -3z تا پایین تر از score -2z ۳-بالاتر از score +3z ۴- بالاتر از score +2z تا مساوی score +3z<br>۵ -بالاتر از score +1z تا مساوی score +2z ۶- مساوی score -2z تا مساوی score +1z | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | | |
| ۶- دهان و دندان | ۱- درد ۲- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۳- تورم وقرمزی لثه ۴-تورم صورت ۵-نشانه‌های ضربه ۶-پوسیدگی زودرس ۷-تأخیر رویش ۸-وجود پلاک ۹-تمیز نکردن دندان‌های کودک توسط والدین ۱۰- سابقه ضربه به‌صورت ۱۱- خطر پوسیدگی دارد ۱۲- عدم مراقبت دندان پزشکی مادر حین بارداری ۱۳-وجود مشکل در حین دندان درآوردن ۱۴-معاینه نشدن توسط دندانپزشک تا قبل از یک سالگی | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط<br>۳- مشکل دندانی ندارد یا کم خطر ۴- مشکل دندانی ندارد. | | | | | | |
| ۷- شنوایی | ۱- سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۲- سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد (از مراقبت ۴۵-۳۰ روزگی) ۳- سابقه ضربه به سر دارد ۴ - سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) ۵- مشکل شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری از نظر والدین یا مراقب کودک دارد. (از مراقبت ۴۵- ۳۰ روزگی) | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری شنوایی ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۳- مشکل گوش/ شنوایی ندارد ۴- تست تأیید تشخیص غیر طبیعی | | | | | | |
| ۸-تکامل RED FLAGS | ۱- برای نشان دادن اشیا به دیگران، به آنها اشاره می‌کند؟ ۲- می‌تواند حداقل ۳ قدم به تنهایی راه برود؟ ۳- می‌داند اشیا معمول اطرافش (مثل قاشق، تلفن) چه کاربردی دارد؟ ۴- می‌تواند کارهای دیگران را تقلید کند؟ ۵- کلمه‌های جدید را یاد می‌گیرد؟ ۶- می تواند حداقل ۶ کلمه را بگوید؟ ۷- وقتی مادر یا مراقبش او را ترک می کند و یا پیش او برمی‌گردد، توجه می‌کند و یا اهمیت می‌دهد؟ ۸- آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الان نمی‌تواند؟ | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- طبیعی | | | | | | |
| ۹- غربالگری تکامل (ASQ) | ۱- امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از ۲SD- ۲- امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی ۱SD- و پایین تر ۳- پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۴- امتیاز تست غربالگر استاندارد بین ۱SD- و ۲SD- ۵- امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای ۱SD- | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع از نظر تکامل: الف- حیطه برقراری ارتباط ب- حیطه حرکات درشت ج- حیطه حرکات ظریف د- حیطه حل مسئله<br>ه- حیطه شخصی اجتماعی ی- موارد کلی<br>۲-نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی | | | | | | |
| ۱۰- بدرفتاری با کودک | ۱- خونریزی غیر قابل کنترل ۲- آثار سوختگی درمان نشده ۳-دررفتکی احتمالی یا تورم یک مفصل ۴-شکستگی احتمالی یک استخوان ۵- کبودی چشمان ۶- پارگی لجام لب ۷- عدم هوشیاری و علایم حیاتی غیرطبیعی ۸- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... ۹- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۱۰- خونمردگی در اعضای مختلف بدن ۱۱- عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علایم آسیب بدنی ۱۲- وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آنها گذشته باشد ۱۳- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک ۱۴- کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۱۵- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها ۱۶- آثار ضربات شلاق ۱۷ - مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند ۱۸- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک ۱۹- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک ۲۰- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک ۲۱- زندان بودن یکی از اعضای خانواده کودک ۲۲- خانواده کودک دچار فقر (تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد) ۲۳- هیچ یک از علایم و نشانه ها را ندارد | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بد رفتاری با کودک ۲- کودکان شاهد خشونت خانگی | | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | | ۱۵ ماهگی | | ۱۸ ماهگی | | ۲۴ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی / طبقه بندی | | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری | کد طبقه‌بندی | تاریخ پیگیری |
| ۱۱- فرزندآوری مادر | ۱- آیا شما و همسرتان فرزند / فرزندان بیشتری می‌خواهید؟<br>۲- شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله‌گذاری دارید؟ (براساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد) | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری ۲ - واجد شرایط مشاوره برای فاصله‌گذاری ۳- واجد شرایط فرزندآوری | | | | | | |
| ۱۲- واکسن | ۱- واکسیناسیون ناقص ۲- واکسیناسیون کامل | | | | | | |
| ۱۳- مکمل مکمل ویتامین / آ+د | ۱-مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۴- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۵- تعداد شیشه مکمل آ+د / مولتی ویتامین داده شده | | | | | | | |
| ۱۶- مکمل آهن: | ۱- مصرف ناقص مکمل‌ها ۲- مصرف کامل مکمل‌ها | | | | | | |
| ۱۷- منبع تهیه مکمل | ۱- بخش دولتی ۲-بخش خصوصی | | | | | | |
| ۱۸- تعداد شیشه مکمل آهن داده شده | | | | | | | |
| ۱۹- مسواک انگشتی تحویل داده شده | | | | | | | |
| ۲۰- ارجاع | ۱- ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت ۲- ارجاع فوری به بیمارستان<br>۳- ارجاع به پزشک خانواده علت ارجاع: .....<br>..... | | | | | | |
| ۲۱- توصیه‌ها | توصیه تغذیه‌ای و مصرف صحیح مکمل انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه ارتباط والدین انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه پیشگیری از حوادث انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه دهان و دندان انجام شد؟.....<br>.....<br>توصیه برای ارتقای تکامل کودک انجام شد؟ .....<br>..... | | | | | | |
| **۲۲- نام و نام‌خانوادگی مراقبت‌کننده:** | | | | | | | |

| ویزیت‌های مراقبت سلامت | ۳۰ ماهگی | | ۳۶ ماهگی | | ۴۸ ماهگی | | ۶۰ ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ارزیابی / طبقه بندی** | **کد طبقه‌بندی** | **تاریخ پیگیری** | **کد طبقه‌بندی** | **تاریخ پیگیری** | **کدطبقه‌بندی** | **تاریخ پیگیری** | **کدطبقه‌بندی** | **تاریخ پیگیری** |
| ۱- نشانه خطر | ۱- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست ۲- استفراغ مکرر ۳- تشنج ۴-بی حالی یا خواب آلودگی غیرعادی | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- احتمال بیماری خیلی شدید ۲- زردی ۳- علائم و نشانه های خطر ندارد | درجه‌حرارت:.....تنفس..... | | درجه‌حرارت:.....تنفس..... | | درجه‌حرارت:.....تنفس..... | | درجه‌حرارت:.....تنفس..... |
| ۲- وزن برای سن | ۱- پایین تر از 3z- score ۲- مساوی 3z- score تا پایین تر از 2z- score ۳- بالاتر از 3z+ score ۴- مساوی 2z- score تا مساوی 3z+ score<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم | | وزن: - - - - گرم |
| ۳- قد برای سن | ۱- پایین تر از 3z- score ۲- مساوی 3z- score تا پایین تر از 2z- score ۳- بالاتر از 3z+ score ۴- مساوی 2z- score تا مساوی 3z+ score<br>الف-روند افزایش قد نامعلوم ب- روند افزایش قد متوقف شده ج- روند افزایش قد کند می باشد ه- روند رشد قد به موازات میانه ی- روند صعودی منحنی قد | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- کوتاه قدی ۳- خیلی بلند قد ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر | | قد: - / - - سانتیمتر |
| ۴- دور سر برای سن | ۱- پایین تر از 3z- score ۲- بالاتر از 3z+ score ۳- مساوی 3z- score تا مساوی 3z+ score<br>الف- روند افزایش دور سر نامعلوم ب- روند افزایش دور سر متوقف شده ج- روند افزایش دور سر دور از میانه ه- روند افزایش دور سر موازی با میانه | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- دورسر کوچک ۲- دورسر بزرگ ۳-نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر ۴- دورسر طبیعی | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر | | دورسر: - / - - سانتیمتر |
| ۵- وزن برای قد | ۱- پایین تر از 3z- score ۲- مساوی 3z- score تا پایین تر از 2z- score ۳-بالاتر از 3z+ score ۴- بالاتر از 2z+ score تا مساوی 3z+ score<br>۵ -بالاتر از 1z+ score تا مساوی 2z+ score ۶- مساوی 2z- score تا مساوی 1z+ score | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- چاقی ۴- اضافه وزن ۵- احتمال خطر اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | | | |
| ۶- دهان و دندان | ۱- درد ۲- بیرون افتادن کامل دندان از دهان ۳- تورم وقرمزی لثه ۴- تورم صورت ۵- نشانه های ضربه ۶ - پوسیدگی زودرس دوران کودکی ۷- تأخیر رویش ۸- وجود پلاک روی دندان ها ۹- مکیدن غیرتغذیه‌ای بعد از ۴ سالگی ۱۰- والدین در مسواک زدن برای کودک همکاری نمی‌کنند یا کودک مسواک نمی‌زند ۱۱- عدم استفاده از خمیردندان فلوراید دار و یا فلوراید های مکمل ۱۲- اضافه شدن تعداد پوسیدگی های دندان در فواصل مراقبت ها ۱۳- استفاده از قندها یا میان وعده های ایجاد کننده پوسیدگی دندان در فواصل وعده های غذایی ۱۴- عدم انجام وارنیش فلوراید ۱۵-هیچ یک از نشانه های فوق را ندارد | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- مشکل دندانی شدید یا پرخطر ۲- مشکل دندانی متوسط یا خطر متوسط دارد ۳- مشکل دندانی ندارد ۴- ارجاع به دندانپزشک | | | | | | | |
| **تاریخ انجام وارنیش فلوراید:** ۳۶ ماهگی: ..... ۴۲ ماهگی ..... ۴۸ ماهگی..... ۵۴ ماهگی..... ۶۰ ماهگی..... | | | | | | | | |
| ۷- بینایی | ۱- جا ماندن از برنامه غربالگری تنبلی چشم ۲- دید کودک در برنامه ملی غربالگری تنبلی چشم ارزیابی شده است. | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر چشم/بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد | | | | | | | |
| ۸- شنوایی | ۱- آیا تست غربالگری شنوایی نوبت دوم (۳-۵ سالگی) انجام شده است؟ ۲- آیا صدای تلویزیون یا رادیو را بلند می‌کند؟ ۳-سابقه تماس با صداهای بالقوه صدمه زا ۴ - سابقه ضربه به سر ۵- نگرانی والدین یا مراقب کودک در مورد شنوایی، تکلم، زبان، تکامل و یادگیری ۶- سابقه التهاب مکرر گوش میانی با یا بدون ترشح دارد ۷- سابقه ابتلا به مننژیت یا اوریون دارد ۸- نتیجه آزمایش تشخیصی شنوایی غیرطبیعی | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند ارجاع برای انجام غربالگری شنوایی ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی ۳- مشکل گوش/ شنوایی ندارد ۴- تست تأیید تشخیص غیرطبیعی | | | | | | | |
| ۹- تکامل RED FLAGS | ۱- می‌تواند درجا بالا و پایین بپرد ۲-می‌تواند کشیدن گردی را تقلید کند؟ ۳- به کودکان دیگر توجه می‌کند؟ ۴- دوست دارد با کودکان دیگر هم بازی شود و بازی‌های وانمودی مثل خاله بازی یا دزد و پلیس کند؟ ۵- می‌تواند داستان مورد علاقه اش را بازگو کند؟ ۶- از دستورات ۳ مرحله‌ای پیروی می‌کند ۷-مفهوم «مثل هم بودن» و «فرق داشتن» را درک می‌کند؟ ۸- از ضمایر «من و تو» درست استفاده می‌کند؟ ۸- واضح حرف می‌زند؟ ۹- اغلب در مقابل لباس پوشیدن / خوابیدن / دستشویی رفتن مقاومت می‌کند؟ ۱۰- آیا کارهایی هست که قبلاً می‌توانسته انجام دهد ولی الان نمی‌تواند؟ | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲-طبیعی | | | | | | | |
| ۱۰- غربالگری تکامل (ASQ) | ۱- امتیاز تست غربالگر استاندارد مساوی یا کمتر از 2SD- ۲- امتیاز مجدد تست برای بار دوم همچنان روی 1SD- و پایین تر ۳- پاسخ یکی از سؤالات موارد کلی نشان دهنده مشکلی باشد ۴ ۱SD- و 2SD- ۵- امتیاز تست غربالگر استاندارد بالای 1SD- | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱-نیازمند ارجاع از نظر تکامل: الف- حیطه برقراری ارتباط ب- حیطه حرکات درشت ج- حیطه حرکات ظریف د- حیطه حل مسئله ه- حیطه شخصی اجتماعی ی- موارد کلی ۲-نیازمند انجام ASQ مجدد ۲ هفته بعد ۳- طبیعی | | | | | | | |
| ۱۱- بدرفتاری با کودک | ۱- خونریزی غیرقابل کنترل ۲- آثار سوختگی درمان نشده ۳-دررفتگی احتمالی یا تورم یک مفصل ۴-شکستگی احتمالی یک استخوان ۵- کبودی چشمان ۶- پارگی لجام لب ۷- عدم هوشیاری و علایم حیاتی غیرطبیعی ۸- علایم سوختگی با آب جوش یا سیگار یا قاشق و ... ۹- کبودی یا اثر گاز گرفتگی روی قسمت های مختلف بدن ۱۰- خونمردگی در اعضای مختلف بدن ۱۱- عدم تناسب توضیحات مادر یا همراه کودک با نوع علایم آسیب بدنی ۱۲- وجود کبودی ها و علایمی که مدت ها از زمان آنها گذشته باشد ۱۳- گزارش هر نوع کودک آزاری توسط خود کودک، والدین یا سایر همراهان کودک ۱۴- کبودی های شبیه اثرات انگشت، شلاق یا نیشگون ۱۵- وجود مناطق طاسی در سر ناشی از کشیده شدن موها ۱۶- آثار ضربات شلاق ۱۷ - مادر کودک قبلاً به علت خشونت خانگی غربال مثبت شده‌اند ۱۸- فرد دارای معلولیت جسمی یا روانی در خانواده کودک ۱۹- فرد مبتلا به بیماری خاص در خانواده کودک ۲۰- فرد مبتلا به اعتیاد در خانواده کودک ۲۱- زندان بودن یکی از اعضای خانواده کودک ۲۲- خانواده کودک دچار فقر (تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد) ۲۳- هیچ یک از علایم و نشانه ها را ندارد | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱-احتمال بد رفتاری شدید با کودک کد ۱۹ ۲- احتمال بد رفتاری با کودک کد ۱۹ ۳- کودک شاهد خشونت ۴- کودک با خانواده آسیب پذیر ۵- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد. | | | | | | | |
| ۱۲- فرزندآوری مادر | ۱- آیا شما و همسرتان فرزند / فرزندان بیشتری می‌خواهید؟ ۲- شرایط خاصی برای دریافت خدمات فاصله‌گذاری دارید؟ (بر اساس موارد اعلام شده توسط اداره باروری سالم واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری باشد) | | | | | | | |
| **طبقه‌بندی** | ۱- واجد شرایط مشاوره برای فرزندآوری ۲ - واجد شرایط مشاوره برای فاصله گذاری ۳- واجد شرایط فرزندآوری | | | | | | | |
| ۱۳- واکسن | ۱- واکسیناسیون ناقص ۲- واکسیناسیون کامل | | | | | | | |
| ۱۴- ارجاع | ۱- ارجاع به مرکز خدمات جامع سلامت ۲- ارجاع فوری به بیمارستان ۳- ارجاع به پزشک خانواده علت ارجاع:..... | | | | | | | |
| ۱۵- توصیه‌ها | توصیه تغذیه‌ای و مصرف صحیح مکمل انجام شد؟.....<br>توصیه ارتباط والدین انجام شد؟.....<br>توصیه پیشگیری از حوادث انجام شد؟.....<br>توصیه دهان و دندان انجام شد؟.....<br>توصیه برای ارتقای تکامل کودک انجام شد؟ ..... | | | | | | | |
| **۱۶- نام و نام‌خانوادگی مراقبت‌کننده:** | | | | | | | | |

# فرم ثبت مراقبت کودک سالم- پزشک

**نام کودک:** **تاریخ تولد:**

| ارزیابی | اولین ویزیت (زیر دو ماه) تاریخ ویزیت: | | اولین ویزیت (بالای دو ماه) تاریخ ویزیت: | |
|---|---|---|---|---|
| | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری |
| **طبقه‌بندی** ۱- احتمال وجود بیماری/ اختلال ژنتیکی ۲- زردی ۳- مشکلی ندارد | | | | |

**۱- سر و گردن**
- شکل و اندازه جمجمه (تا ۲سالگی)
- فونتانل ها/ سچورها (تا ۲سالگی)
- آنسفالوسل
- دور سر کمتر از Z-score ۳- یا بیشتر از zscore- ۳+ (تا ۲سالگی)
- ظاهر چشم ها (هیپرتلوریسم، شیب چشم)
- چانه: (میکروگناشی، میکروگلوسیا، رتروگنوشیا) (یک بار)
- زبان (زبان بزرگ و بیرون زده)
- صورت:چهره‌ای غیرمعمول، حرکت عضلات صورت (غیرقرینگی هنگام گریه کردن)، فاصله بین دو چشم
- لب و دهان: شکاف کام، شکاف لب، دندان نوزادی
- اختلال درروبش یا شکل ظاهری دندان - مخاط دهان، لوزه ها، کام
- گردن: تورتیکولی (انحراف گردن)، پرده گردنی، توده گردنی

**۲- چشم ها**
- شکل ظاهری سر و صورت
- کره چشم: پروپتوزیس (برجستگی مشخص)، انوفتالموس (فرورفتگی مشخص)
- پلک: اندازه شکاف پلک، فاصله دو چشم، پتوزیس (افتادگی)، برجستگی، التهاب،
- آنومالی، آلبینیسم
- سیستم اشکی: اشک ریزش، ترشح مزمن، آبسه
- قرنیه: اندازه، کدورت، فوتوفوبی
- مردمک: شکل، تقارن، بازتاب نوری قرمز (Red reflex)
- گلوکوم: بزرگی قرنیه، فوتوفوبی
- توجه بینایی (فیکساسیون)
- تعقیب و دنبال کردن
- قرینگی بازتاب نوری از روی قرنیه دوچشم
- حرکات چشم ها: انحراف، نیستاگوس
- حدت بینایی (احراز سلامت در کارت سلامت بینایی) (۴۸ ماهگی)

**۳- گوش و حلق و بینی**
- محل قرارگیری و شکل لاله گوش( یک بار)
- ضایعات پوستی (skin tag) (یک بار)
- سوراخ های اطراف گوش (یک بار)
- لمس و معاینه اطراف گوش
- معاینه پرده تیمپان

**۴- قفسه سینه**
- شکل قفسه سینه
- نیپل (محل قرار گرفتن، فاصله نیپل ها، نیپل اضافه، قرمزی، گرمی و تورم پستان)
- تعداد و چگونگی تنفس
- صداهای تنفسی (ویز، رال رونکای، قرینگی صداهای تنفسی)

**۵- قلب و عروق**
- سمع قلب (تعداد، ریتم، صدای غیر طبیعی)
- نبض اندام ها
- سیانوز
- تعریق زیاد و خستگی در حین شیر خوردن
- کودک زیر یکسالی که بیماری قلبی مادرزادی دارد باید از نظر سرخجه مادرزادی CRS بررسی شود.
- فشار خون (برای کودک ۳۶ ماهه بررسی شود)

**۶- شکم**
- شکل، نرمی شکم، امفالوسل، گاستروشزی
- ناف (ترشحات، خونریزی)
- هرنی ناف
- توده شکمی

**۷- ژنیتالیای خارجی**
- دختران: توده غیرعادی در لمس لبیا، بزرگی غیرعادی کلیتوریس
- پسران: عدم نزول بیضه یک طرفه یا دو طرفه، شکل و اندازه پنیس، محل قرارگرفتن مجرای ادرار(هیپوسپادیازیس، اپیسپادیازیس)، شکل پره پوس
- ابهام تناسلی (یک بار)
- هرنی
- محل قرار گرفتن و باز بودن آنوس مشاهده شود. (یک بار)

**۸- اندام‌ها**
- غیرقرینگی اندام‌ها
- بررسی ظاهر اندام ها از نظر بدشکلی، ترومای زایمانی، ناهنجاری ها، تقارن، دفورمیتی، ادم
- حرکت اندام ها
- تعداد انگشت‌ها و چسبندگی آن‌ها (یک بار)
- بررسی از نظر دررفتگی مادرزادی لگن (تست اورپونالی و بارلو)

**۹- پشت**
- ستون فقرات: ساکروم (توده یا موی غیرطبیعی در محل ستون فقرات) (یک بار)
- همانژیوم در محل ستون فقرات (یک بار)
- کیفواسکولیوز
- توده یا موی غیرطبیعی در محل ستون فقرات

**۱۰- معاینه عصبی**
- سطح هوشیاری، قدرت عضلات
- رفلکس های نوزادی
- بررسی عمل کرد اعصاب مغزی

**۱۱- پوست**
- سیانوز
- رنگ پریدگی
- زردی
- همانژیوم
- وجود ضایعات پوستی (راش، پتشی، جوش، تاول، اریتم)
- کبود شدگی و خون مردگی متعدد
- خال های غیرطبیعی
- سابقه خونریزی طول کشیده

**در معاینه فیزیکی کودک با توجه به سن**

مواردی که با رنگ مشکی مشخص شده است برای تمامی سنین مورد ارزیابی قرار گیرد.

مواردی که با رنگ قرمز مشخص شده است فقط، برای کودکان زیر ۲ ماه مورد ارزیابی قرار گیرد.

مواردی که با رنگ آبی مشخص شده است فقط، برای کودکان بالای ۲ ماه مورد ارزیابی قرار گیرد.

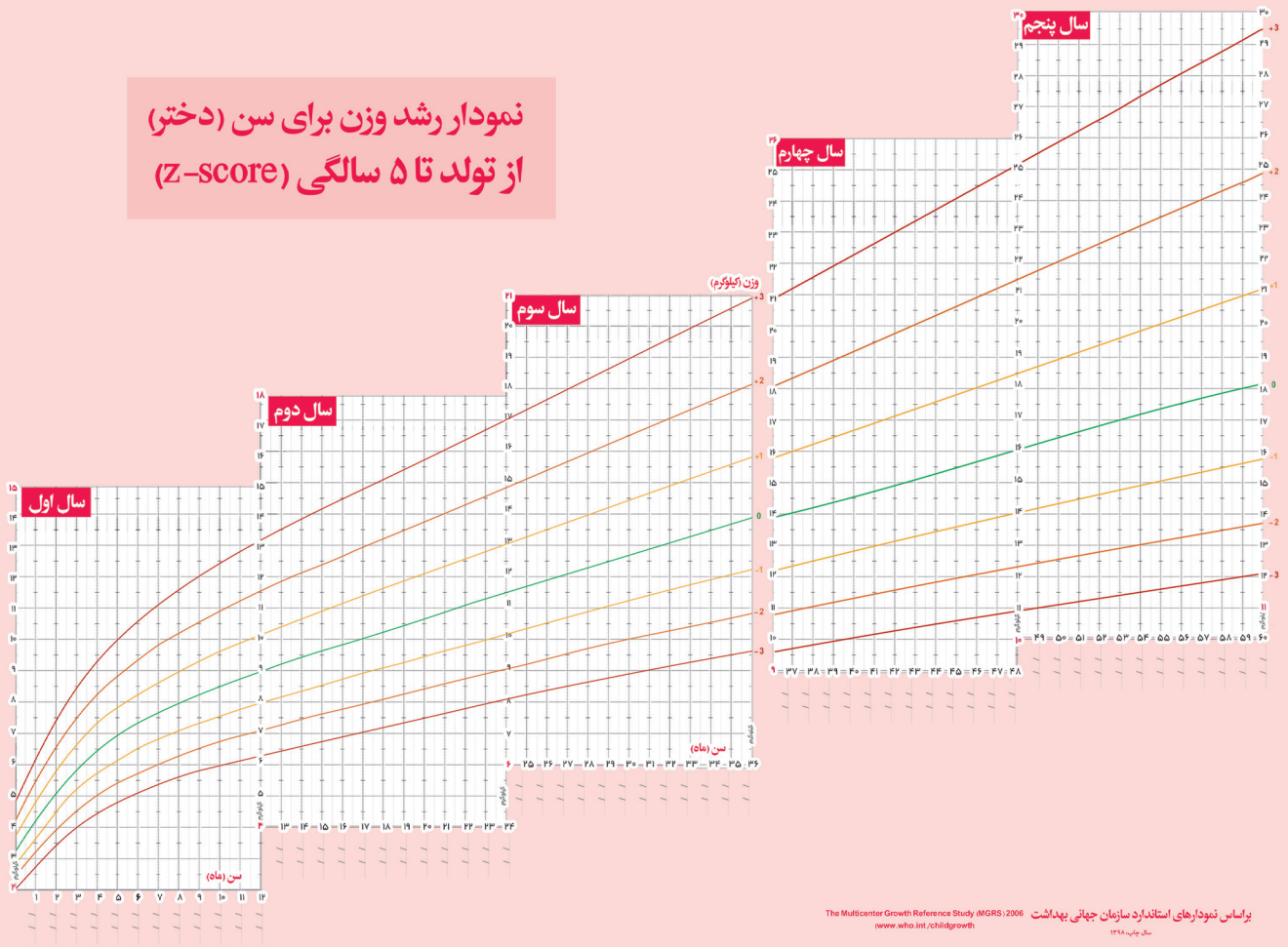
# فرم ثبت مراقبت کودک سالم- پزشک

**نام کودک:** **تاریخ تولد:**

| ارزیابی | | ۶ ماهگی<br>تاریخ ویزیت: | | ۱۲ ماهگی<br>تاریخ ویزیت: | | ۲۴ ماهگی<br>تاریخ ویزیت: | | ۳۶ ماهگی<br>تاریخ ویزیت: | | ۶۰ ماهگی<br>تاریخ ویزیت: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری |
| **طبقه‌بندی** ۱- احتمال وجود بیماری / اختلال ژنتیکی ۲- مشکلی ندارد | | | | | | | | | | | |
| **۱- سر و گردن**<br>- شکل و اندازه جمجمه (تا ۲سالگی)<br>- فونتانل ها/ سچورها (تا ۲سالگی)<br>- دور سر کمتر از Z-score-۳ یا بیشتر از zscore+۳ (تا ۲ سالگی)<br>- ظاهر چشم ها (هیپرتلوریسم، شیب چشم)<br>- چانه: (میکروگناشی، میکروگلوسیا، رتروگنوشیا) (یک بار)<br>- زبان (زبان بزرگ و بیرون زده)<br>- صورت:چهره‌ای غیرمعمول، حرکت عضلات صورت (غیرقرینگی هنگام گریه کردن)،<br>- لب و دهان: شکاف کام، شکاف لب<br>- اختلال در رویش یا شکل ظاهری دندان - مخاط دهان، لوزه‌ها، کام<br>- گردن: پرده گردنی، توده گردنی | **۲- چشم ها**<br>- شکل ظاهری سر و صورت<br>- کره چشم: پروپتوزیس (برجستگی مشخص)، انوفتالموس (فرورفتگی مشخص)<br>- پلک: اندازه شکاف پلک، فاصله دو چشم، پتوزیس (افتادگی)، برجستگی، التهاب، - آنومالی، آلبینیسم<br>- سیستم اشکی: اشک ریزش، ترشح مزمن، آبسه<br>- قرنیه: اندازه، کدورت، فوتوفوبی<br>- مردمک: شکل، تقارن، بازتاب نوری قرمز (Red reflex)<br>- گلوکوم: بزرگی قرنیه، فوتوفوبی<br>- توجه بینایی (فیکساسیون)<br>- تعقیب و دنبال کردن<br>- قرینگی بازتاب نوری از روی قرنیه دوچشم<br>- حرکات چشم ها: انحراف، نیستاگوس<br>- حدت بینایی (احراز سلامت در کارت سلامت بینایی) (۴۸ ماهگی) | **۳- گوش و حلق و بینی**<br>- محل قرارگیری و شکل لاله گوش( یک بار)<br>- ضایعات پوستی (skin tag) (یک بار)<br>- سوراخ‌های اطراف گوش (یک بار)<br>- لمس و معاینه اطراف گوش<br>-معاینه پرده تیمپان | | | | | | | |
| **۴- قفسه سینه**<br>-شکل قفسه سینه<br>-نیپل (محل قرار گرفتن، فاصله نیپل‌ها، نیپل اضافه، قرمزی، گرمی و تورم پستان)<br>- تعداد و چگونگی تنفس<br>-صداهای تنفسی (ویز، رال رونکای، قرینگی صداهای تنفسی) | **۵- قلب و عروق**<br>- سمع قلب (تعداد، ریتم، صدای غیر طبیعی)<br>- نبض اندام‌ها<br>- سیانوز<br>- تعریق زیاد و خستگی در حین شیر خوردن<br>- کودک زیر یکسالی که بیماری قلبی مادرزادی دارد باید از نظر سرخجه مادرزادی CRS بررسی شود.<br>-فشار خون (برای کودک ۳۶ ماهه بررسی شود) | **۶- شکم**<br>- شکل، نرمی شکم<br>- هرنی ناف<br>- توده شکمی | | | | | | | |
| **۷- ژنیتالیای خارجی**<br>- دختران: توده غیرعادی در لمس لبیا، بزرگی غیرعادی کلیتوریس<br>- پسران: عدم نزول بیضه یک طرفه یا دو طرفه، شکل و اندازه پنیس، محل قرار گرفتن مجرای ادرار (هیپوسپادیازیس، اپیسپادیازیس)،شکل پره پوس<br>- ابهام تناسلی (یک بار)<br>- هرنی | **۸- اندام‌ها**<br>- غیرقرینگی اندام‌ها<br>- بررسی ظاهر اندام‌ها از نظر بدشکلی، ترومای زایمانی، ناهنجاری‌ها، تقارن، دفورمیتی، ادم<br>-حرکت اندام‌ها<br>- تعداد انگشت‌ها و چسبندگی آن‌ها (یک بار) | **۹- پشت**<br>- ستون فقرات: ساکروم (توده یا موی غیرطبیعی در محل ستون فقرات) (یک بار)<br>-همانژیوم در محل ستون فقرات (یک بار)<br>- کیفواسکولیوز<br>-توده یا موی غیرطبیعی در محل ستون فقرات | | | | | | | |
| **۱۰- معاینه عصبی**<br>- سطح هوشیاری، قدرت عضلات<br>- بررسی عمل کرد اعصاب مغزی | **۱۱- پوست**<br>- سیانوز - رنگ پریدگی<br>- زردی - همانژیوم<br>- وجود ضایعات پوستی (راش، پتشی، جوش، تاول، اریتم)<br>-کبود شدگی و خون مردگی متعدد<br>-خال های غیرطبیعی<br>- سابقه خونریزی طول کشیده | | | | | | | | | | |

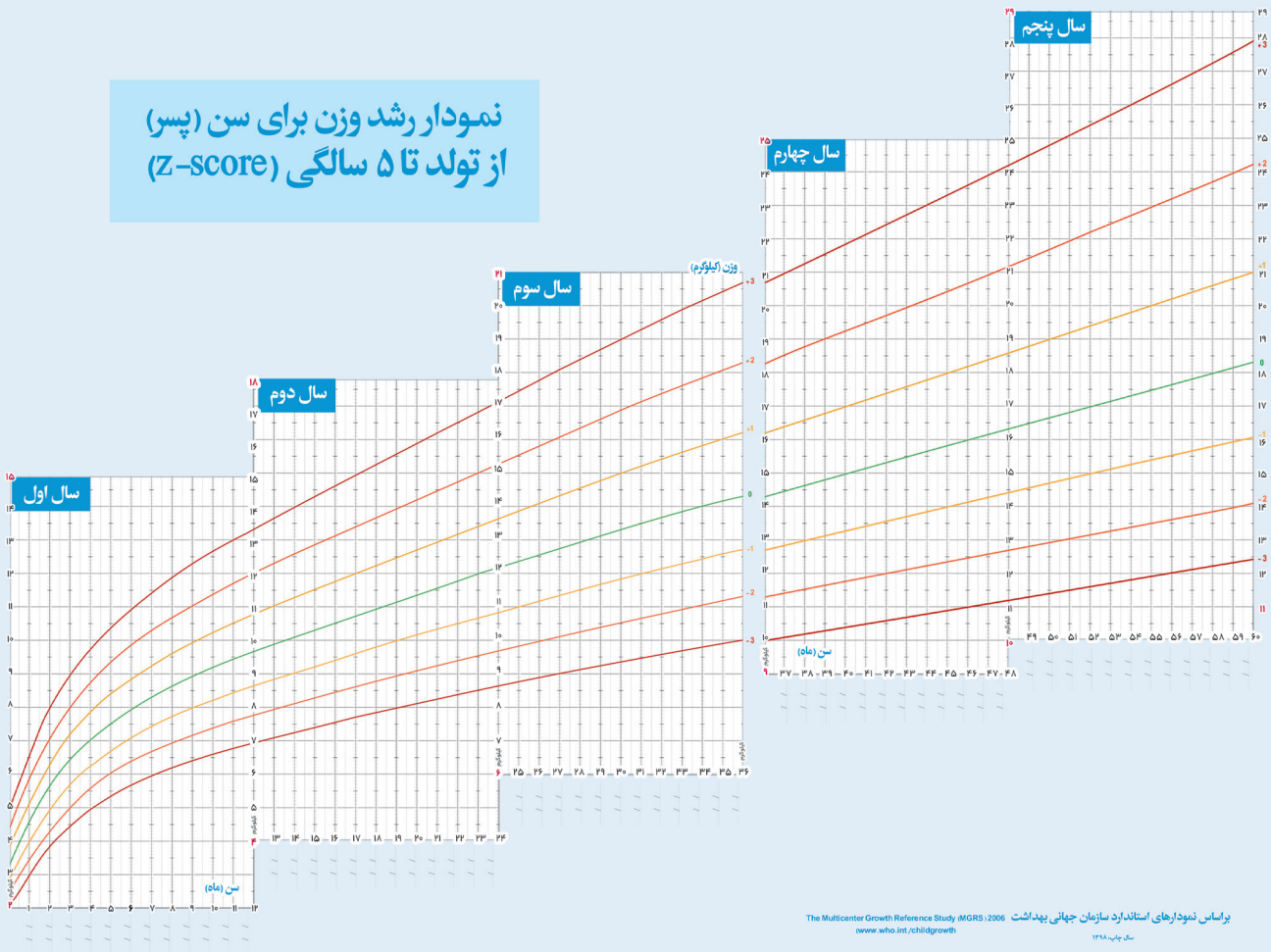
| ارزیابی | طبقه‌بندی | ..... ماهگی | | ..... ماهگی | | ..... ماهگی | | ..... ماهگی | | ..... ماهگی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری | طبقه‌بندی | پیگیری |
| **۱- وزن** | ۱- کم وزنی شدید ۲- کم وزنی ۳- احتمال اضافه وزن ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر وزن ۵- طبیعی | وزن: | | وزن: | | وزن: | | وزن: | | وزن: | |
| **۲- قد** | ۱- کوتاه قدی شدید ۲- خیلی بلندقد ۳- کوتاه قدی ۴- نیازمند بررسی بیشتر از نظر قد ۵- طبیعی | قد: | | قد: | | قد: | | قد: | | قد: | |
| **۳- دور سر** | ۱- دور سر کوچک ۲- دور سر بزرگ ۳- نیازمند بررسی بیشتر از نظر دور سر ۴- دور سر طبیعی | دورسر: | | دورسر: | | دورسر: | | دورسر: | | دورسر: | |
| **۴- وزن برای قد** | ۱- لاغری شدید ۲- لاغر ۳- چاق ۴- احتمال خطر اضافه وزن ۵- احتمال اضافه وزن ۶- طبیعی | | | | | | | | | | |
| **۵- شیردهی و مشکلات شیرخوار/ مادر** | ۱- شیردهی و مشکل شیرخوار ۲- شیردهی و مشکل مادر ۳- شیردهی و بارداری مادر | | | | | | | | | | |
| **۶- شیردهی و مشکلات پستان مادر** | ۱- آبسه پستان ۲- ماستیت ۳- احتقان ۴- کاندیدای پستان ۵- درد و زخم و شقاق نوک پستان | | | | | | | | | | |
| **۷- بینایی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر بینایی ۲- مشکل چشم / بینایی ندارد | | | | | | | | | | |
| **۸- شنوایی** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر شنوایی / گوش ۲- تأیید تشخیص غیر طبیعی ۳- مشکل شنوایی ندارد | | | | | | | | | | |
| **۹- تکامل** | ۱- نیازمند بررسی بیشتر از نظر تکامل ۲- طبیعی | | | | | | | | | | |
| **۱۰- ژنتیک** | ۱- احتمال وجود اختلال ارثی ۲- احتمال اختلال ارثی کم | | | | | | | | | | |
| **۱۱- غربالگری هیپوتیروئیدی** | ۱- کم‌کاری تیروئید ۲- نیازمند بررسی بیشتر از نظر کم کاری تیروئید ۳- کم‌کاری تیروئید ندارد ۴- کمبود TBG Thyroxine Binding Globulin) | | | | | | | | | | |
| **۱۲- غربالگری PKU** | ۱- تست تأییدتشخیص مثبت بیمارستانی ۲- نیاز به نمونه‌گیری مجدد PKU ۳- تست غربالگری اولیه PKU مثبت | | | | | | | | | | |
| **۱۳- بدرفتاری با کودک** | ۱- احتمال بدرفتاری شدید با کودک (کد ۱۹) ۲- احتمال بدرفتاری با کودک (کد ۱۹) ۳- احتمال بد رفتاری با کودک ندارد | | | | | | | | | | |
| **۱۴- فشار خون (۳۶ ماهگی)** | ۱- فشار خون نیازمند ارجاع ۲- فشار خون طبیعی فشار خون سیستولی ..... فشار خون دیاستولی..... | | | | | | | | | | |
| تاریخ اندازه گیری فشار خون ..... فشار خون سیستولی..... فشار خون دیاستولی..... | | | | | | | | | | | |
| **۱۵- کم خونی** | ۱- نیازمند درمان با دوز درمانی آهن ۲- Hg و MCV طبیعی ..... MCV .....Hg | | | | | | | | | | |
| تاریخ انجام آزمایش ..... MCV ..... Hg..... | | | | | | | | | | | |
| ۱۶- **توصیه ها** (توصیه ارائه شده در هر گروه سنی را بنویسید) | | | | | | | | | | | |
| ۱۷- **ارجاع** (خلاصه دلیل ارجاع به متخصص را بنویسید) | | | | | | | | | | | |
| ۱۸- نام و نام خانوادگی و مهر پزشک: | | | | | | | | | | | |

# نمودار رشد وزن برای سن (دختر)
# از تولد تا ۵ سالگی (z-score)



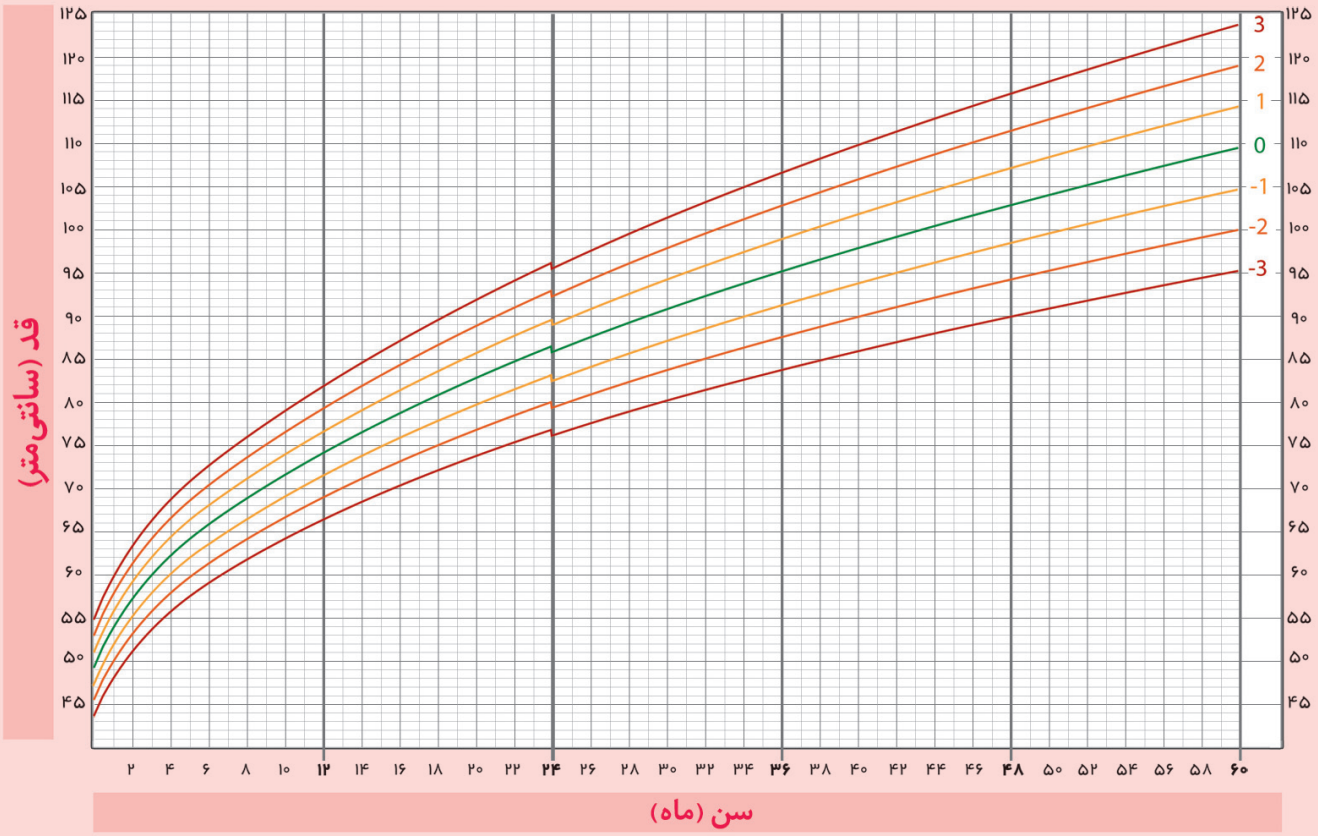

براساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت The Multicenter Growth Reference Study (MGRS) 2006
(www.who.int/childgrowth)
سال چاپ: ۱۳۹۸

# نمودار رشد وزن برای سن (پسر)
# از تولد تا ۵ سالگی (z-score)

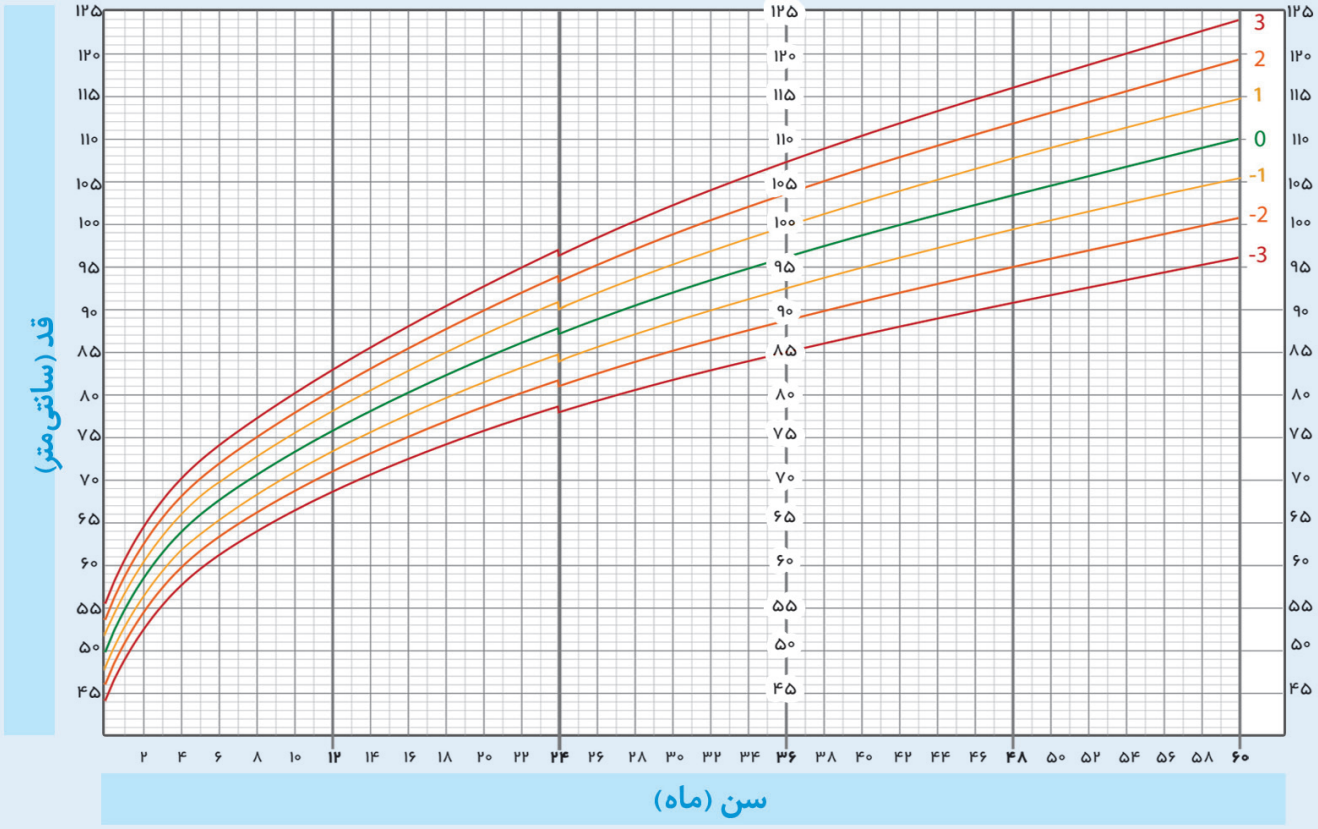



براساس نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت The Multicenter Growth Reference Study (MGRS) 2006
(www.who.int/childgrowth)
سال چاپ: ۱۳۹۸

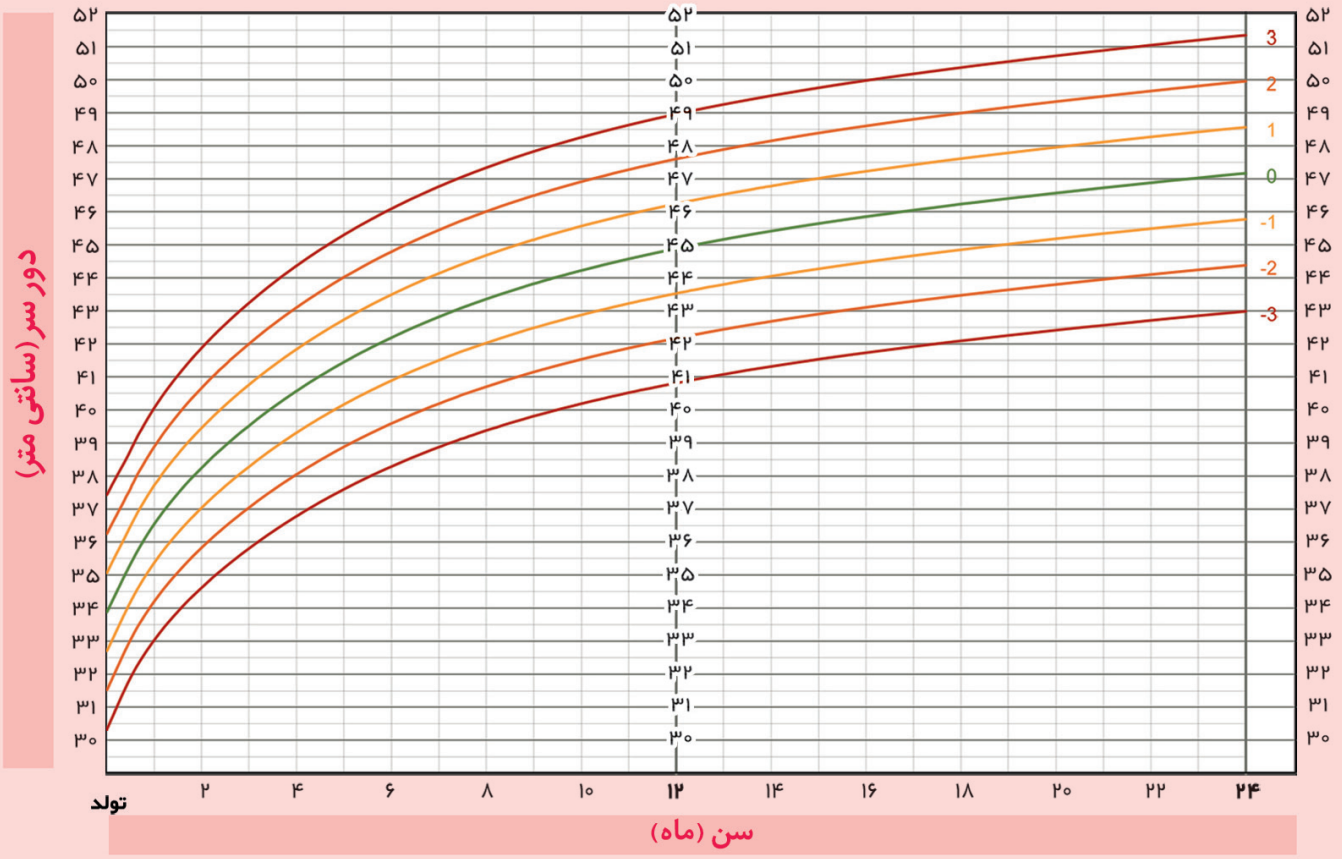
## نمودار رشد (قد برای سن) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



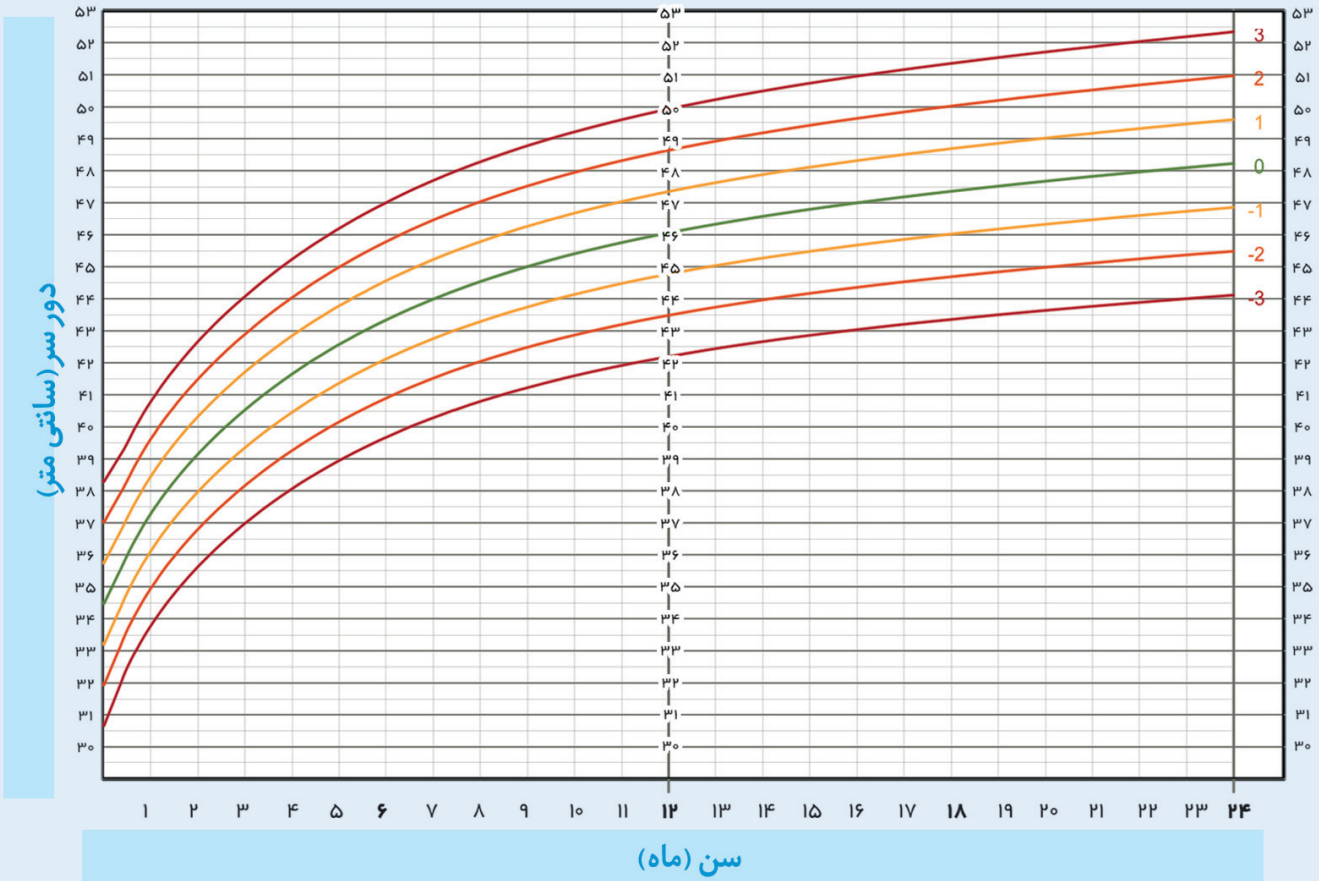

## نمودار رشد (قد برای سن) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



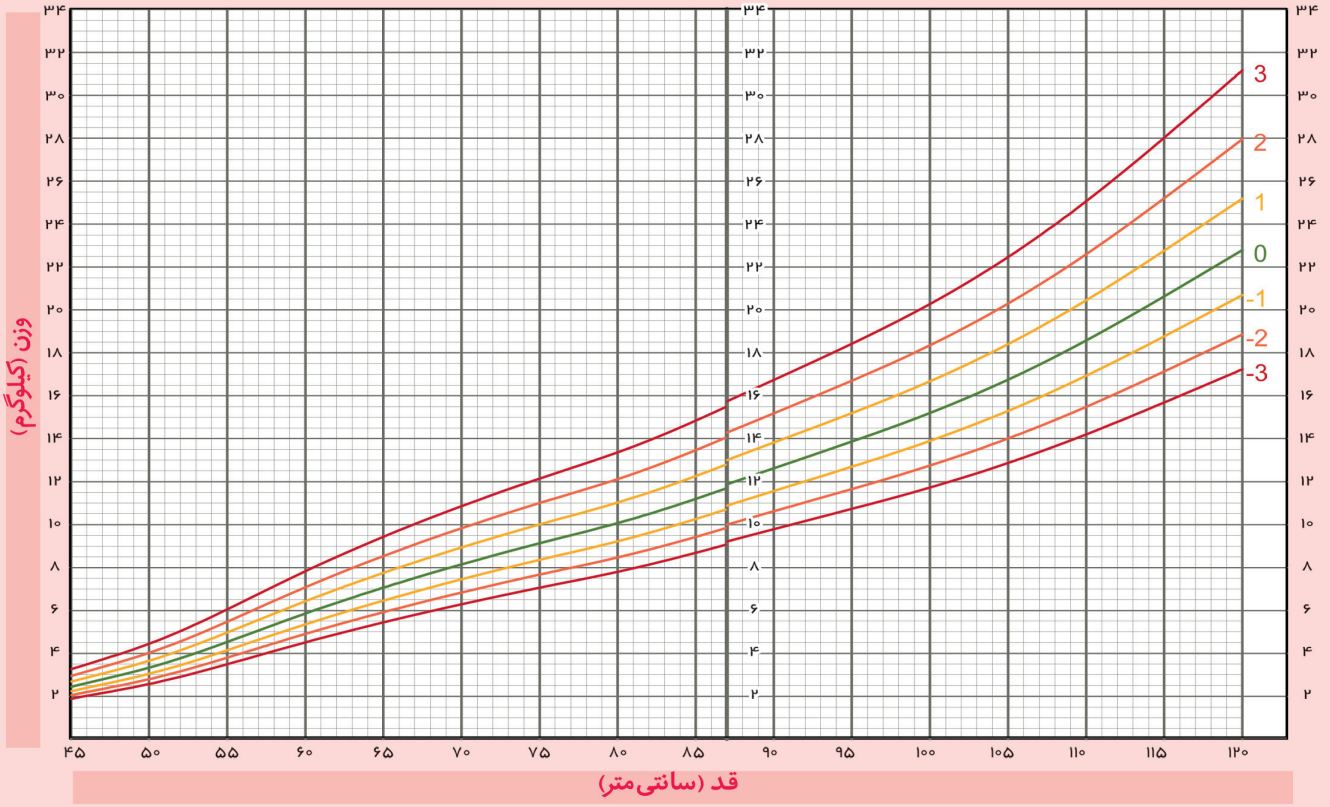
## نمودار رشد دور سر برای سن (دختر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)




## نمودار رشد دور سر برای سن (پسر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)



## نمودار رشد (وزن برای قد) دختر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)




## نمودار رشد (وزن برای قد) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)

