

# راهنمای تکمیل فرم سامانه بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه / تخصصی نوزادان

اداره سلامت نوزادان

اداره سلامت مادران

دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت

انجمن علمی پزشکان نوزادان کشور

انجمن پریناتولوژی



#### ۱. شماره پرونده:

شماره پرونده نوزاد را بدون خط فاصله و فقط به صورت شماره در این قسمت وارد نمایید. در صورتی که شماره با صفر شروع می شود لطفاً آن را نیز وارد نمایید.

#### ۲. نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی نوزاد یا نامی که فعلاً با آن شناخته می شود وارد گردد.

#### ۳. تاریخ بستری: با استفاده از تقویم انتخاب گردد.

#### ۴. ساعت: ساعت بستری نوزاد می بایست به صورت ساعت ۲۴ ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت ۰۰:۰۰

شروع می شود و به ۲۳:۵۹ دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت بستری نوزاد راس ساعت ۲۴ باشد، می بایست ساعت به صورت ۰۰:۰۰ وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود.

#### ۵. بستری در بخش:

○ بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU)

○ بخش مراقبت تخصصی نوزادان (بخش نوزادان)

○ بخش کودکان

○ موارد دیگر

بخشی که نوزاد در روز اول بستری در آن بستری شده را در این قسمت انتخاب کنید. اگر در روز اول به علت زردی در بخش مراقبت تخصصی نوزادان (بخش نوزادان) بستری شده و سپس به علت بدحالی به بخش مراقبت ویژه نوزادان انتقال یافته است، گزینه بخش مراقبت تخصصی را انتخاب نمایید. و همچنین اگر ابتدا بدحال بوده و در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شده و بعد از بهبودی به بخش مراقبت تخصصی انتقال یافته و سپس مرخص شده است گزینه بخش مراقبت ویژه نوزادان را انتخاب نمایید.

بسیاری از بیمارستان ها بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش نوزادان ندارد. در صورتی که نوزاد در بخش کودکان و در اتاق نوزادان بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید.

#### ۶. چگونگی پذیرش

○ بعد از تولد در همین بیمارستان: اگر بعد از تولد در همان بیمارستان مانده و در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان بستری شده است این گزینه را انتخاب کنید. اگر بعد از تولد نزد مادر رفته و سپس بدحال شده و قبل از ترخیص در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان بستری شده است این گزینه باید انتخاب شود

○ انتقال از بیمارستان دیگر: اگر نوزاد بعد از تولد در بیمارستان دیگر یا بستری در آن بیمارستان به این بیمارستان انتقال یافته است این گزینه را انتخاب کنید. بعد از انتخاب این گزینه باید مشخص کنید که نوزاد در کدام بیمارستان به دنیا آمده و مرکز ارجاع دهنده کدام بیمارستان بوده است.

○ مراجعه از منزل (سابقه بستری در بیمارستان ندارد): در صورتی که نوزاد سابقه بستری در بیمارستان را نداشته و بلافاصله بعد از تولد به منزل رفته و به علت زردی یا هر مشکل دیگر در بیمارستان بستری شده است این گزینه را انتخاب کنید. با انتخاب این گزینه سامانه محل تولد نوزاد را از شما می خواهد لذا باید محل تولد نوزاد را مشخص نمایید.

○ نوزاد سر راهی/ انتقال از بهزیستی:

○ ارجاع بلافاصله بعد از زایمان در خارج بیمارستان (تسهیلات زایمانی، مطب، ...): اگر نوزاد در خارج از بیمارستان اعم از تسهیلات زایمانی، مطب یا خارج از کشور به دنیا آمده و سپس به دنبال ناخوشی به بیمارستان شما آورده شده است این گزینه را انتخاب نمایید.

۷. آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است؟ ○ بله ○ خیر

۸. محل زایمان: محلی که نوزاد در آن به دنیا آمده است از گزینه های زیر انتخاب شود.

- بیمارستان
- واحد تسهیلات زایمانی
- منزل
- در مسیر انتقال
- سایر

۹. مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده: در صورتی که نوزاد از بیمارستان دیگری ارجاع شده است مشخصات بیمارستان ارجاع دهنده (دانشگاه و شهرستان و بیمارستان) باید مشخص شود.

۱۰. مشخصات بیمارستان محل تولد: در صورتی که نوزاد متولد بیمارستان دیگری باشد مشخصات بیمارستان محل تولد (دانشگاه و شهرستان و بیمارستان) باید مشخص شود.

۱۱. آیا در بیمارستان ارجاع دهنده نوزاد تحت تهویه کمکی بوده است؟ ○ بله ○ خیر

در صورتی که نوزاد قبل از انتقال از بیمارستان ارجاع دهنده، تحت تهویه مکانیکی بوده اعم از تهاجمی (IMV/PSV) یا غیر تهاجمی (NIPPV/NCPAP/SIPAP/DOUPAP) گزینه بله را انتخاب نمایید.

۱۲. نوع تهویه کمکی قبل از انتقال:

○ تهویه تهاجمی (با لوله تراشه): نوزاد انتوبه می باشد. با مودهای اجباری یا غیر اجباری مانند IMV, SIMV, AC, PSV, HFO, ...

○ تهویه غیر تهاجمی (بدون لوله تراشه): نوزاد انتوبه نبوده و با مودهایی مانند سیپاپ یا سایپپ یا دوپپ می باشد.

۱۳. آیا تجویز سورفاکتانت در طی ۷۲ ساعت بعد از تولد صورت گرفته است؟ ○ بله ○ خیر

در صورتی که نوزاد در ۷۲ ساعت ابتدای تولد در بیمارستان ارجاع دهنده سورفاکتانت دریافت کرده است گزینه بله را انتخاب نمایید.

۱۴. وضعیت نوزاد هنگام ورود به بخش:

□ در بدو ورود به بخش احیا شد: در صورتی که نوزاد با وضعیت بسیار بد و بحرانی به بخش آورده بشود به گونه ای

که نفس نکشد یا تنفس موثر نداشته باشد و برای نجات وی نیاز باشد بلافاصله بگ و ماسک و یا اقدامات پیشرفته تر مانند لوله گذاری و فشردن قفسه سینه انجام شود این گزینه را انتخاب نمایید.

□ در حال تهویه با لوله تراشه بود: در صورتی که نوزاد هنگام آورده شدن به بخش دارای لوله تراشه باشد و توسط

دستگاه تهویه مصنوعی یا بگ تهویه می شد این گزینه را انتخاب نمایید.

- **در حال تهویه با سیپاپ بود:** در صورتی که نوزاد توسط دستگاه تی پیس یا ونتیلاتور مخصوص در حال دریافت سیپاپ بوده و به بخش آورده شده باشد این گزینه را انتخاب نمایید.
- **دیسترس تنفسی/ تاکی پنه:** در صورتی که نوزاد به علت دیسترس یا تاکی پنه در بخش بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است نوزاد مشکلات دیگری مانند نارسایی هم داشته باشد. شما می توانید از این لیست چند مورد را نیز انتخاب نمایید.
- **شوک یا برادیکاردی:** در صورتی که نوزاد با وضعیت بسیار بد و بحرانی به بخش آورده شود ولی نوزاد به صورت خود به خود نفس کشیده یا با لوله تراشه تحت تهویه باشد ولی به علت شوک یا کما یا تشنج یا هیپوترمی شدید نیاز به اقدامات سریع نجات بخش داشته باشد این گزینه را انتخاب کنید.
- **سیانوز/ افت O2SAT:** در صورتی که نوزاد هنگام ورود به بخش سیانوتیک بوده و / یا مقدار O2Sat وی پایین تر از ۸۵ درصد بود این گزینه را انتخاب نمایید.
- **شلی/ هیپوتونی:** در صورتی که نوزاد شل بوده یا به علت آپکار پایین و نیاز به عملیات احیاء در اتاق زایمان، در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- **بیقراری/ سندروم محرومیت:** در صورتی که نوزاد به علت اعتیاد مادر دچار علائم محرومیت مانند بی قراری، تشنج و ... شده است این گزینه را انتخاب نمایید. البته اگر دیسترس تنفسی داشت مورد دیسترس تنفسی و اگر تشنج یا موارد دیگر را داشت موارد مربوطه نیز باید انتخاب شوند.
- **تشنج:** در صورتی که علت بستری نوزاد در بخش تشنج است این مورد را انتخاب نمایید.
- **ناهنجاری بدو تولد (ارثی):** اگر نوزاد دارای ناهنجاری بدو تولد بوده و به این علت در بیمارستان بستری شده این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است تشخیص در حد حدث و گمان بوده و تایید نهایی نشده است. حتی در این صورت نیز این گزینه را انتخاب نمایید. مهم علت بستری است تا تشخیص نهایی. در قسمت تشخیص ها شما این فرصت را خواهید داشت تا تشخیص نهایی پزشک را درج نمایید.
- **اتساع شکم:** در صورتی که نوزاد اتساع شکم داشته و به این علت بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- **صدمات زایمانی:** در صورت بروز هر گونه صدمه زایمانی اعم از شکستگی ترقوه یا هر گوه شکستگی دیگر مشکلات عصبی محیطی مانند ارب دوشن یا صدماتی که مرتبط به زایمان است این گزینه را انتخاب کرده و در قسمت تشخیص های نوع آن را انتخاب نمایید.
- **شک به آسفیکسی/ HIE:** در صورت هر گونه به هایپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی یا آسفیکسی این گزینه را انتخاب نمایید.
- **هیپوگلیسمی:** در صورتی که نوزاد به علت هیپوگلیسمی در بخش بستری شده است این مورد را انتخاب نمایید. البته اگر مشکلات دیگری مانند نارسایی، دیسترس تنفسی و ... هم همزمان هنگام بستری وود دارد آنها را هم می توانید انتخاب نمایید.

□ **اشکال در تغذیه/ استفراغ:** اگر نوزاد به علت اختلال در تغذیه مانند عدم تمایل به تغذیه، عدم تحمل آن و در صورت بروز استفراغ در بخش بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است مادر نوزاد شیر کمی داشته و این موضوع باعث شده باشد که وزن نوزاد کاهش یافته باشد. در این صورت نیز می توانید این گزینه را انتخاب نمایید

□ **کم آبی/ دهیدراتاسیون:** در صورت بروز کم آبی و بستری نوزاد به این علت این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است نشانه های آزمایشگاهی کم آبی باعث بستری شده باشد مانند افزایش اوره و کراتینین. ممکن است کم آبی به صورت کاهش وزن شدید و سریع بروز کرده باشد.

□ **هیپوترمی:** اگر نوزاد به علت کاهش دمای بدن (هیپوترمی) بستری شده است این گزینه را انتخاب کنید

□ **هیپرترمی/ تب:** اگر نوزاد به علت افزایش دمای بدن و تب بستری شده است این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **شک به عفونت:** اگر برای نوزاد هنگام بستری شک به عفونت مطرح شده است، این مورد را انتخاب نمایید.

□ **ناهنجاری بدو تولد:** اگر نوزاد دارای ناهنجاری بدو تولد بوده و به این علت در بیمارستان بستری شده این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است تشخیص در حد حدس و گمان بوده و تایید نهایی نشده است. حتی در این صورت نیز این گزینه را انتخاب نمایید. مهم علت بستری است تا تشخیص نهایی. در قسمت تشخیص ها شما این فرصت را خواهید تا تشخیص نهایی پزشک را درج نمایید.

□ **زردی/ ایکتر:** در صورت بستری نوزاد به علت زردی این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **خونریزی:** در صورت وجود خونریزی از بند ناف یا هر کدام از اندام ها یا مجرا ها این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **موارد دیگر:** در صورتی که نوزاد به دلیلی غیر موارد بالا بستری شده است، علت را یادداشت نمایید.

۱۵. **وزن هنگام بستری:** وزن نوزاد در زمان بستری به گرم نوشته شود.

وزن نوزاد در زمان بستری بین ۴۰۰ تا ۸۰۰۰ گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.

۱۶. **دور سر هنگام بستری:** اندازه دور سر در زمان بستری به سانتیمتر نوشته شود.

دور سر نوزاد در هنگام بستری بین ۷۰-۱۵ سانتی متر و به روش دستی نوشته می شود. از نوشتن دور سر نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن خط تیره و یا نوشتن متن نظیر سه دهم متر خودداری شود. دور سر به سانتی متر و حداکثر با دو رقم اعشار ثبت شود.

۱۷. **دمای بدن هنگام بستری:** دمای بدن در زمان بستری به سانتیگراد اندازه گیری و نوشته شود.

دمای بدن به سانتیگراد از ۲۰ تا ۴۵ به صورت عددی و به روش دستی نوشته میشود. حداکثر دو رقم اعشار و بدون نوشتن متن یا گذاشتن خط تیره.

۱۸. **چند قلو؟:** تعداد قل ها ذکر شود. در زایمان تک قل، عدد یک ذکر گردد.

۱۹. **قل چندم؟:** مرتبه تولد قل ذکر گردد. در زایمان تک قلو عدد یک ذکر شود.

**مشخصات مادر نوزاد**

۲۰. **نام و نام خانوادگی مادر:** نام و نام خانوادگی مادر با حروف فارسی نوشته شود.

۲۱. تاریخ تولد مادر: سال، ماه و روز تولد مادر به دقت ثبت شود.

۲۲. ملیت مادر ○ ایرانی ○ غیر ایرانی

ملیت ایرانی یا غیر ایرانی انتخاب شود. در صورت انتخاب گزینه غیر ایرانی لطفاً ملیت آن را از گزینه های موجود انتخاب نمایید. با تایپ اولین حرف کشور مورد نظر می توانید به کشور مورد نظر خود زودتر دست پیدا کنید.

۲۳. کد ملی مادر: در صورت ایرانی بودن شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علائم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویرگول اجتناب شود. در صورت غیر ایرانی بودن مادر، این فیلد غیر فعال می شود.

۲۴. فاقد کد ملی: در صورتی که مادر کد ملی ندارد گزینه فاقد کد ملی انتخاب گردد. در نظر داشته باشید که تنها در صورتیکه سازمان ثبت احوال کشور، کارت ملی (کد ملی) برای مادر صادر نکرده باشد این گزینه انتخاب گردد. به صورت راندم موارد بدون کد ملی چک خواهند شد. لطفاً در صورتی که کد ملی ندارد یا ملیت کشور دیگری را دارد به ثبت شماره تلفن همراه یا ثابت مادر دقت شود.

## اطلاعات زایمانی نوزاد

۲۵. محل سکونت دائم مادر: ☐ شهر ☐ روستا ☐ عشایر
۲۶. نشانی محل زندگی: ثبت استان و شهرستان محل زندگی مادر اجباری می باشد.
۲۷. شماره تلفن همراه مادر یا پدر: ثبت یک شماره همراه از والدین اجباری می باشد. در صورتیکه والدین شماره تلفن همراه نداشته باشند شماره تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک درج گردد.
۲۸. نوع بیمه: برای تعیین نوع بیمه (مادر) در قسمت مربوطه یکی از گزینه های زیر که نشان دهنده بیمه پایه مادر (نه بیمه تکمیلی) می باشد انتخاب گردد:
- (۱) تامین اجتماعی (۲) بیمه خدمات درمانی (۳) نیروهای مسلح (۴) کمیته امداد امام خمینی (۵) سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ... (۶) بیمه سلامت ایرانیان (۷) ندارد.
- اگر مادر بیمه های مختلف داشته باشد، ملاک بیمه ای است که با آن بستری شده است.
۲۹. میزان تحصیلات مادر: تحصیلات بر اساس گفته مادر یکی از گزینه های زیر انتخاب می گردد: ☐ بی سواد ☐ سواد خواندن و نوشتن بدون مدرک ☐ نهضت سواد آموزی ☐ ابتدایی ☐ کمتر از دیپلم ☐ دیپلم یا پیش دانشگاهی ☐ فوق دیپلم (کاردان) ☐ لیسانس (کارشناس) ☐ فوق لیسانس (کارشناسی ارشد) ☐ دکترای تخصصی PHD (غیرپزشکی) ☐ دکترای حرفه ای (پزشکی) ☐ علوم دینی سطح یک ☐ علوم دینی سطح دو ☐ علوم دینی سطح ۳ ☐ بی پاسخ. ملاک قرارگیری در یک مقطع تحصیلی اخذ مدرک حداقل یکی از پایه های تحصیلی می باشد.
- بیسواد کسی است که نمیتواند بخواند و بنویسد.
  - دکترای تخصصی/ فوق دکتر، منظور تخصص در تمامی رشته های علوم پزشکی و نیز دکتر در سایر رشته ها مانند ریاضی و آمار و ... است.
  - بدون پاسخ شامل تحصیلات سایر ادیان، تحصیلات اهل تسنن و سواد بدون مدرک تحصیلی و عدم دسترسی به مادر جهت سوال و .... است.
۳۰. تجویز کورتیکواستروئید (بتامتازون یا دگزامتازون):
- ☐ کامل ☐ ناقص ☐ نگرفته است ☐ نامشخص
- در صورت تکمیل دوره دریافت کورتون (حداقل چهار دوز بتامتازون و ...) توسط مادر در دوران بارداری گزینه کامل، در صورت عدم تکمیل دوره گزینه ناقص انتخاب گردد. در صورتیکه کورتون دریافت نکرده است گزینه نگرفته است، و در صورتیکه اطلاعاتی از تجویز کورتون وجود ندارد نامشخص انتخاب گردد.
۳۱. مرگ نوزاد قبلی: به صورت بله یا خیر انتخاب گردد.
۳۲. سابقه مرده زایی: به صورت بله یا خیر انتخاب گردد.
۳۳. تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): بر اساس جواب سونوگرافی یا تشخیص پزشک به صورت بله یا خیر پاسخ داده شود.
۳۴. گروه خونی مادر: ☐ O ☐ +RH ☐ -RH ☐ AB ☐ B ☐ A

### ۳۵. عوامل خطر بارداری ○ بله ○ خیر

- در صورتی که عامل خطر وجود ندارد (عدم وجود عوامل خطر ذکر شده گزینه " ندارد" انتخاب گردد و در این صورت گزینه (عوامل خطر ذکر شده) غیر فعال می شوند.
- اما در صورت داشتن عامل خطر و انتخاب گزینه بله، حداقل یک گزینه از عوامل خطر باید انتخاب گردد. قابل ذکر می باشد که می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود برای مثال در صورت وجود بیماری قلبی، دیابت بارداری، اعتیاد مادر به مواد روانگردان هر سه مورد انتخاب گردد.
- اظهار مادر در خصوص داشتن بیماری خاص یا مصرف داروی مربوط به بیماری یا تشخیص حین بستری در اتاق زایمان، تأیید کننده وجود عوامل خطر می باشد.
- جهت سهولت انتخاب عوامل خطر بارداری در چهار گروه تقسیم شده است:

#### ۱- بیماری مادر:

- فشار خون مزمن: در صورت وجود بیمای فشار خون بالا قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری و یا مصرف داروی ضد فشارخون قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری جهت درمان بیماری فشار خون بالا، این گزینه انتخاب گردد.
- بیماری اتوایمیون: در صورت وجود بیماری های اتوایمیون در مادر نظیر لوپوس، گریوز، هاشیموتو، شوگرن، مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس و سایر بیماری های اتوایمیون این گزینه انتخاب گردد.
- دیابت غیر بارداری: در صورت وجود دیابت قبل از هفته ۲۰ بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اختلال تیرویدی: در صورت بیماری کم کاری تیروئید تشخیص داده شده قبل یا حین بارداری و مصرف دارو در طی بارداری، علامت زده شود.

#### ۲- عفونت:

- کوریوآمینیوت: در صورت وقوع در بارداری اخیر به تشخیص پزشک انتخاب گردد.
- هپاتیت B: در صورت هپاتیت B<sup>+</sup> به تشخیص پزشک یا وجود آزمایش آنتی ژنی مثبت موید هپاتیت حاد یا فعال این گزینه انتخاب گردد.
- HIV<sup>+</sup>/ایدز: در صورت داشتن اچ آی وی مثبت یا بیماری ایدز علامت زده شود. در صورت مثبت بودن تست سریع اچ آی وی حین بستری بدون تأیید آزمایشهای تکمیل کننده نیز علامت زده شود.
- عفونت ادراری: در صورت وقوع در بارداری اخیر به تشخیص پزشک یا آزمایشات انتخاب گردد.

#### ۳- بیماری ناشی از بارداری:

- دیابت بارداری
  - پره اکلامپسی / اکلامپسی
- پره اکلامپسی خفیف: فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ و کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، در دو نوبت به فاصله حداقل ۶-۴ ساعت به همراه پروتئینوری ۱+ (۰/۳ گرم در یک نمونه تصادفی ادرار) یا کمتر از ۲ گرم در ادرار ۲۴ ساعته پره اکلامپسی خفیف است .

پره اکلامپسی شدید: افزایش فشارخون به میزان ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر، در دو نوبت به فاصله حداقل ۴ تا ۶ ساعت همراه با بروز پروتئینوری به میزان ۲ گرم یا بیشتر با یا بدون هر یک از علائم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر و یا ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.

اکلامپسی: اضافه شدن تشنج به علائم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.

#### ۴- سوء مصرف مواد:

- سیگار و دخانیات در بارداری اخیر: در صورت مصرف سیگار و یا سایر دخانیات نظیر قلیان در بارداری اخیر (به هر میزان) این گزینه انتخاب گردد.
- اعتیاد مادر به مواد مخدر: در صورت اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مواد در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اعتیاد مادر به روانگردان: در صورت اعتیاد مادر به مواد روانگردان از جمله قرص های توهم زا در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- مشروبات الکلی در دوران بارداری: در صورت مصرف مشروبات الکلی به هر میزان در بارداری اخیر، این گزینه انتخاب شود.

#### ۳۶. عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال می شود.

عوامل خطر زایمانی مورد نظر شامل: (۱) پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت، (۲) ضربان قلب جنینی مختل، (۳) آغشتگی به مکنونیوم، (۴) دکلمان جفت است و عامل یا عامل هایی که در مادر وجود دارند انتخاب گردند.

#### ۳۷. مداخله های حین زایمان:

در صورتیکه مداخله حین زایمان انجام نشده باشد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود. اما در صورت انجام مداخله حین زایمان میتوان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود:

- القا یا تقویت درد زایمان: در صورت استفاده از داروهایی مانند اکسی توسین یا پروستاگلاندین ها جهت تقویت یا القا درد زایمان این گزینه انتخاب گردد. هر اقدامیکه جهت تسریع در امر زایمان انجام گرفته است مانند تزریق داروهایی نظیر آتروپین، هیوسین، پتیدین و ... و یا پاره کردن کیسه آب جنین،... که به منظور تسریع در امر زایمان استفاده شده باشد، القا محسوب می شود اما در این جمع آوری اطلاعات مورد نظر ما نمی باشد، بنابر این از انتخاب گزینه القا یا تقویت دردهای زایمان در این گونه موارد خودداری کنید.
- استفاده از فورسپس یا وکیوم
- توقف انقباضات رحمی: در صورتیکه جهت توقف زایمان زودرس مادر بستری و مداخلاتی نظیر استفاده از سداپیوها و سرم، داروهای توکولیتیک نظیر سولفات منیزیم، ریتودرین و سایر محرکین رسپتورهای  $\beta_2$  و..... استفاده شده باشد این گزینه انتخاب گردد.

توجه: در محاسبه شاخص های مرتبط با مداخلات انجام گرفته، محاسبه بر اساس مورد های ذکر شده به تفکیک، امکان پذیر خواهد بود. و مواردی نظیر تجویز سولفات منیزیم در آنالیزهای تحلیلی در صورت لزوم، قابل فیلتر می باشند.

## مشخصات نوزاد در بدو تولد

در این قسمت مشخصات نوزاد به ترتیب زیر ثبت می شود.

۳۸. تاریخ تولد نوزاد: باید از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.
۳۹. ساعت تولد: ساعت تولد نوزاد می بایست به صورت ساعت ۲۴ ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت ۰۰:۰۰ شروع می شود و به ۲۳:۵۹ دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت تولد نوزاد راس ساعت ۲۴ باشد، می بایست ساعت به صورت ۰۰:۰۰ وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود. مثلاً ۱۹:۳۰ و از نوشتن PM ۷:۳۰ خودداری شود.
۴۰. جنسیت: پسر یا دختر بودن ثبت شود. در صورت داشتن هر گونه ابهام در تشخیص جنسیت، گزینه مبهم انتخاب شود.
۴۱. وزن (گرم): وزن نوزاد در بدو تولد به گرم بین ۱۵۰ تا ۸۰۰۰ گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.
۴۲. سن بارداری: سن بارداری به هفته با استفاده از اعداد صحیح در قسمت مربوطه تایپ شود و بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه میشود. فقط محدوده ۲۰ الی ۴۵ هفته قابل ثبت است. از نوشتن روز در کنار هفته خودداری گردد. برای مثال ۴۱ هفته و ۶ روز به صورت ۴۱ هفته تایپ شود.
۴۳. دور سر (سانتی متر): دور سر نوزاد در بدو تولد به سانتی متر به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن دور سر نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن خط تیره و یا نوشتن متن نظیر سه دهم متر خودداری شود. دور سر به سانتی متر و حداکثر با دو رقم اعشار ثبت شود.
۴۴. قد نوزاد (سانتی متر): قد نوزاد در بدو تولد به سانتی متر به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن قد نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن خط تیره، یا نوشتن متن نظیر نیم متر خودداری شود.
۴۵. پوزاناسیون نوزاد: در صورتیکه عضو نمایش جنین (پرزانتاسیون) در زمان زایمان بریچ یا هر مورد دیگر باشد آن را انتخاب نمایید.
۴۶. فرجام نوزادی زایمان: ☐ انتقال نزد مادر ☐ بستری در همان بیمارستان ☐ انتقال به بیمارستان دیگر
۴۷. نوع زایمان: نوع زایمان به صورت واژینال یا سزارین انتخاب می گردد.
۴۸. تجویز سورفاکتانت در اتاق زایمان:
- در صورتی که در اتاق زایمان برای نوزاد سورفاکتانت تجویز شده است گزینه بله انتخاب شود و در غیر این صورت گزینه خیر انتخاب گردد.
۴۹. افراد حاضر در عملیات احیا:
- در صورت حضور پزشک در اتاق زایمان، جهت انجام احیای نوزاد گزینه بله انتخاب گردد و در این حالت انتخاب مرتبه علمی پزشک اجباری می شود. لطفاً تمام افرادی که در عملیات احیاء نوزاد شرکت کرده و در آن نقش داشته اند را انتخاب نمایید. شما می توانید بیشتر از یک نفر را انتخاب نمایید.

- ☐ ماما ☐ متخصص زنان و زایمان ☐ دستیار تخصصی زنان و زایمان ☐ پرستار احیا نوزاد (شاغل در بخش نوزادان)
- ☐ متخصص اطفال ☐ دستیار تخصصی اطفال ☐ فوق تخصص نوزادان ☐ دستیار فوق تخصصی نوزادان
- ☐ پزشک بیهوشی

#### ۵۰. پیشرفت عملیات احیا:

در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا نداشته باشد، گزینه نیاز به احیا نداشت علامت زده می شود، و در این صورت سایر گزینه ها غیر قابل انتخاب می گردند. اما در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا داشته باشد، بر اساس آخرین مرحله احیا که برای نوزاد انجام شده یکی از چهار گزینه های مربوطه انتخاب گردد:

☐ نیازی به احیا نداشته است ☐ CPAP ☐ PPV ☐ فشردن قفسه سینه ☐ تجويز دارو

تذکر: گرم و خشک کردن نوزاد جزیی از مراقبت های اولیه نوزاد در بدو تولد می باشد که برای تمام نوزادان سالم و نیازمند احیا انجام می شود. بنابراین باید توجه نمود انجام این مراقبت ها در گام های نخستین احیا نوزاد در نوزاد سالم دسته بندی نگردد.

#### ۵۱. لوله گذاری تراشه برای تهویه:

در صورت لوله گذاری (اینتوباسیون) جهت انجام عملیات احیا گزینه بله و در غیر اینصورت خیر انتخاب گردد: ☐ بله ☐ خیر

#### ۵۲. نمره آپگار دقیقه ۱

بر اساس جدول آپگار در دقیقه اول تولد، فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

#### ۵۳. نمره آپگار دقیقه ۵

نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم تولد، فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود. در صورتی که عدد آپگار در دقیقه ۵ به ۷ نرسیده باشد دقیقه ۱۰ اجباری شده و آن را نیز باید ثبت نمایید.

#### نمره آپگار دقیقه ۱۰

نمره آپگار نوزاد در دقیقه ده تولد، فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود. در صورتی که عدد آپگار در دقیقه ۱۰ به ۷ نرسیده باشد دقیقه ۲۰ اجباری شده و آن را نیز باید ثبت نمایید.

#### نمره آپگار دقیقه ۲۰

نمره آپگار نوزاد در دقیقه بیست تولد، فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

## تشخیص نهایی و تشخیص حین درمان

۵۴. ناهنجاری بدو تولد (ارثی): در صورتی که نوزاد در بدو تولد ناهنجاری قابل شناسایی نداشته باشد، گزینه ناهنجاری ندارد انتخاب شود و به این ترتیب سایر گزینه ها غیر فعال می گردد. اما در صورتی که نوزاد ناهنجاری قابل مشاهده و یا تایید شده توسط سونوگرافی را داشته باشد، یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد. در صورت انتخاب "بله" تکمیل حداقل یک فیلد اجباری است و همچنین انتخاب حداقل یک تشخیص در زیر گروه مربوطه اجباری می شود. امکان انتخاب چند گزینه امکان پذیر است. (به پیوست ۲ مراجعه نمایید)

☐ سیستم عصبی:

☐ قلبی عروقی:

☐ تنفسی:

☐ گوارشی:

☐ ادراری تناسلی:

☐ اسکلتی عضلانی:

☐ پوست:

☐ چشم، گوش سر و گردن:

☐ اختلالات کروموزومی:

۵۵. تنفسی: ☐ بله ☐ خیر

در صورتی که نوزاد در طی بستری و یا به عنوان تشخیص نهایی یکی از تشخیص های مورد اشاره در گزینه های زیر را داشته است بله را انتخاب نمایید.

☐ سندرم دیسترس تنفسی (RDS): در صورتی که پزشک تشخیص سندرم دیسترس تنفسی یا هیالن ممبران را برای نوزاد داده یا شواهد بالینی و رادیولوژیک دال بر این مدعا است این گزینه را انتخاب نماید. با انتخاب این گزینه الزاما باید یکی از مداخلات تنفسی به عنوان درمان این بیماری انتخاب شود. در غیر این صورت سامانه داده های ثبت شده را اشتباه فرض کرده و از ثبت آن امتناع خواهد نمود.

☐ سندرم آسپیراسیون مکونیوم (MAS): در صورتی که نوزاد آغشته به مکونیوم به علت دیسترس تنفسی در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان بستری شده و حداقل نیاز به اکسژن پیدا کرده و در نمای رادیولوژیک ریه نمای تایید کننده سندرم آسپیراسیون مکونیوم باشد این گزینه را انتخاب نماید.

☐ تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN): در صورتی که نوزاد سن بارداری بیشتر یا مساوی ۳۴ هفته داشته و به علت دیسترس تنفسی در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان بستری شده و پزشک بر اساس شواهد رادیولوژیک تشخیص TTN شده باشد.

☐ پنوموتوراکس یا سایر سندرم های نشت هوا (پنومودیاستن، PIE): در صورت مشاهده بالینی یا رادیولوژیک سندرم نشت هوا مانند پنوموتوراکس، پنومودیاستن یا امفیزم بین بافتی ریوی (PIE) با یا بدون نیاز به جاگذاری چست تیوب این مورد را انتخاب نمایید.

□ **پنومونی:** در صورتی که به هر علتی نوزاد دچار پنومونی شده باشد این گزینه را انتخاب نمایید. علت آن می تواند عفونت ویروسی، آسپیراسیون، میکروبی یا شیمیایی باشد.

۵۶. اعصاب: ○ بله ○ خیر

در صورتی که نوزاد در طی بستری و یا به عنوان تشخیص نهایی یکی از تشخیص های مورد اشاره در گزینه های زیر را داشته است بله را انتخاب نمایید.

□ **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی HIE/ (آسفیکی):** در صورت تشخیص هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی که با کراترای تشخیصی زیر مشخص می شود این مورد را انتخاب نمایید.

○ خفیف ○ خفیف تا متوسط ○ متوسط ○ متوسط تا شدید ○ شدید ○ نامشخص  
شدت انسفالوپاتی به صورت کلینیکی و توسط "جدول سارنات" به دست می آید به جدول زیر مراجعه شود. شدت HIE با ABG بند ناف یا آپکار بدو تولد مشخص نشده و شدت آسیب دیدن مغز نوزاد الزاما باید توسط جدول سارنات محاسبه شود.

| جدول سارنات و سارنت (درجه HIE):      |                                           |               |                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--------------------|
| درجه ۱                               | درجه ۲                                    | درجه ۳        |                    |
| بیقرار                               | خواب آلود                                 | کما           | سطح هوشیاری        |
| مختصر غیر طبیعی (هیپوتون یا هیپرتون) | به طور متوسط غیر طبیعی (هیپوتون یا گسسته) | هیپوتونی شدید | تون                |
| نرمال                                | ضعیف                                      | وجود ندارد    | مکیدن              |
| افزایش یافته                         | ضعیف                                      | وجود ندارد    | رفلکس های اولیه    |
| وجود ندارد                           | وجود دارد                                 | وجود دارد     | تشنج               |
| نرمال                                | نرمال                                     | مختل          | رفلکس های پایه مغز |
| تاکی پنه                             | همراه با آپنه                             | آپنه شدید     | تنفس               |

- اگر سطح هوشیاری، تون، مکیدن، رفلکس های اولیه، تشنج، رفلکس های پایه مغز و تنفس نوزاد در ستون درجه ۱ است HIE خفیف دارد
  - در صورتی که موارد مذکور در درجه ۱ و ۲ به صورت مخلوط وجود داشت خفیف تا متوسط را انتخاب نمایید
  - در صورتی که فقط در درجه ۲ محدود بود گزینه متوسط
  - و در صورتی که چند مورد از ستون درجه ۲ و ۳ با هم در نوزاد مشاهده می شد گزینه متوسط تا شدید
  - و در صورتی که همه موارد در ستون درجه ۳ بود گزینه شدید را انتخاب نمایید.
- **تشنج:** در صورت بروز تشنج در طی بستری این گزینه انتخاب شود. نوع، شدت و زمان تشنج در این خصوص دخیل نیست.

در صورتی که علت تشنج HIE است باید در نظر داشت که شدت HIE متوسط یا بیشتر انتخاب گردد.

□ **سندرم محرومیت:** در صورت وجود هر نوع اعتیاد مادر که باعث بروز علائم و نشانه های سندرم محرومیت شده باشد این مورد را انتخاب نمایید.

□ **کرن ایکترس:** در صورتی که برای نوزاد تشخیص کرن ایکترس مطرح است این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **خونریزی داخل بطنی (IVH):** اگر گزارش سونوگرافی تشخیص خونریزی داخل بطنی داده شده باشد این گزینه را انتخاب نمایید.

○ ۱ (ساب اپاندیمال): اگر خونریزی در ژرمینال ماتریکس اتفاق بیفتد گرید I تعریف میگردد.

○ ۲ (داخل بطن های مغز): اگر شواهد خونریزی داخل بطن باشد گرید II تعریف میگردد.

○ ۳ (ونتريکولومگالی): در گرید III خونریزی داخل بطنی همراه با بزرگی بطنها اتفاق می افتد.

○ ۴ (داخل نسج مغز): در گرید IV خونریزی داخل پارانشیم مغز اتفاق می افتد. اگر گرید خونریزی ها در دو نیمکره متفاوت است، گرید بیشتر را انتخاب نمایید.

۵۷. **عفونت:** ○ **بله** ○ **خیر**

در صورتی که در طی بستری عفونت برای نوزاد مطرح شده و شواهد آزمایشگاهی یا رادیولوژیک در این خصوص تایید کننده بود این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **عفونت در بدو بستری (سپسیس/ریوی/ادرار/منژیت در ۷۲ ساعت نخست):** در صورتی که در ۷۲ ساعت نخست بستری با شک به عفونت برای نوزاد تغییر آنتی بیوتیکی و بررسی آزمایشی صورت گرفته و خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده این گزینه را انتخاب و بر اساس نتیجه کشت خون نوزاد یکی از گزینه های ○ کشت مثبت یا ○ کشت منفی را انتخاب نمایید.

□ **عفونت بیمارستانی (سپسیس/ریوی/ادرار/منژیت در ۷۲ ساعت نخست):** در صورتی که بعد از ۷۲ ساعت بستری با شک به عفونت بیمارستانی برای نوزاد تغییر آنتی بیوتیکی و بررسی آزمایشی صورت گرفته و خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده این گزینه را انتخاب و بر اساس نتیجه کشت خون نوزاد یکی از گزینه های ○ کشت مثبت یا ○ کشت منفی را انتخاب نمایید.

□ **منژیت:** در صورتی که پارامتر های مایع CSF استخراج شده توسط LP تایید کننده منژیت بوده است این گزینه انتخاب شود و اگر جواب کشت مایع CSF مثبت باشد، گزینه کشت مثبت و اگر منفی باشد گزینه کشت منفی انتخاب شود.

۵۸. **متابولیک:** ○ **بله** ○ **خیر**

در صورتی که نوزاد دچار یکی از بیماری های زیر در طی بستری یا به عنوان تشخیص نهایی شده باشد گزینه "بله" را انتخاب نمایید.

□ **هیپوگلیسمی:** در صورتی که به عنوان تشخیص اولیه یا در طی بستر میزان قند سرم نوزاد کمتر از ۵۰ شده است این گزینه را انتخاب نمایید.

□ **هیپوتیرویدی:** در صورتی که در طی غربالگری هیپوتیرویدی در بیمارستان شواهد آزمایشگاهی به نفع هیپوتیرویدی است این گزینه انتخاب شود.

□ بیماری های متابولیک ارثی (Inborn error of metabolism): در صورت شک یا تشخیص نهایی بیماری

متابولیک ارثی این گزینه را انتخاب نمایید:

○ در حد مشکوک بدون به بیماری

○ تایید تشخیص توسط شواهد آزمایشگاهی

لطفاً با انتخاب یکی از گزینه های فوق مشخص نمایید که این تشخیص صرفاً یک شک به بیماری بوده یا در پرونده بیمار شواهد آزمایشگاهی به نفع بیماری یافت می شود.

۵۹. گوارشی: ○ بله ○ خیر

در صورت تشخیص "اشکال در تغذیه یا انترلوکیت نکروزان" برای نوزاد باید بله را انتخاب نمایید.

□ اشکال در تغذیه: در صورتی که نوزاد قبل از بستری یا در طی بستری از عدم موفقیت مادر در تغذیه زیر سینه یا از

طریق های جایگزین مانند کاپ به هر دلیلی رنج می برد این گزینه را انتخاب نمایید.

نوزادانی که به علت سوء تغذیه دچار کم آبی و کاهش وزن شدید شده و به این علت در بیمارستان بستری شده اند نیز زیرمجموعه این تشخیص قرار می گیرند. در این موارد نیز این تشخیص را تیک بزنید.

□ انترلوکیت نکروزان (NEC): در صورت شک یا تایید NEC این گزینه را انتخاب نمایید.

○ I (شک به NEC)

○ II (شواهد رادیولوژیک)

○ III (پارگی روده)

به جدول انترلوکیت نکروزان در صفحه بعد مراجعه شود.

| جدول NEC – Stage |                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                      |                                                         |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| مرحله NEC        | دسته بندی                         | علائم عمومی                                                                                                         | علائم شکمی                                                                                                           | شواهد رادیولوژیک                                        |
| I A              | مشکوک                             | عدم پایداری دما،<br>آپنه، برادیکاردی،<br>لتارژی                                                                     | باقیمانده معدوی، اتساع شکم،<br>استفراغ، مثبت شدن تست خون<br>در مدفوع                                                 | نرمال یا اتساع<br>روده ای یا<br>ایلئوس ملایم            |
| I B              | مشکوک                             | مانند بالا                                                                                                          | مشاهده خون واضح در مدفوع                                                                                             | مانند بالا                                              |
| II A             | تایید تشخیص،<br>بیماری ملایم      | مانند بالا                                                                                                          | مانند بالا بعلاوه عدم سمع<br>صداهاى روده ای با یا بدون<br>حساس بودن شکم                                              | اتساع روده ایی<br>ملایم و مشاهده<br>هوا در جدار<br>روده |
| II B             | تایید تشخیص،<br>بیماری متوسط      | مانند بالا و اسیدوز<br>متابولیک ملایم و<br>افت پلاکت                                                                | مانند بالا بعلاوه حساس شدن<br>مشخص شکم با یا بدون<br>سلولیت جدار شکم یا توده<br>شکمی در یک چهارم پایین و<br>راست شکم | مانند II A<br>بعلاوه آسیت                               |
| III A            | پیشرفته، روده ها<br>پاره نشده است | مانند مورد II B<br>بعلاوه آپنه شدید،<br>اسیدوز متابولیم و<br>تنفسی مخلوط،<br>نوتروپنی، برادیکاردی<br>و افت فشار خون | مانند بالا بعلاوه مشاهدات<br>مشخص پریتونیت شکم،<br>حساس بودن شدید شکم و<br>اتساع شدید شکم                            | مانند II A<br>بعلاوه آسیت                               |
| III B            | پیشرفته، روده ها<br>پاره شده اند  | مانند مورد III A                                                                                                    | مانند مورد III A                                                                                                     | مانند بالا بعلاوه<br>وجود هوا در<br>پریتون              |

۶۰. صدمات زایمانی: ○ بله ○ خیر

در صورت تشخیص صدمات زایمانی گزینه بله را انتخاب کرده و نوع آن را از گزینه های زیر انتخاب کنید:

- شکستگی استخوان (مانند ترقوه)
- فلج ارب دوشن
- فلج کلامپکه

- خونریزی مغزی
- سفال همتوم
- خونریزی ساب گائال

۶۱. سایر: ○ پله ○ خیر

در صورتی که تشخیص نوزاد در موارد فوق دسته بندی نشده، این گزینه را انتخاب کرده و یکی از گزینه های آن را تیک بزنید.

□ زردی: در صورتی که نوزاد به علت "زردی" بستری در بخش مراقبت تخصصی (نوزادان) شده است این انتخاب را داشته باشد.

در صورتی که نوزاد به هر علت دیگری بستری شده و در طی بستری دچار زردی شده نیز باید این گزینه تیک بخورد.  
□ نارس / وزن تولد پایین: سن بارداری الزاما باید کمتر از ۳۵ هفته باشد یا وزن نوزاد پایین تر از ۱۸۰۰ گرم می تواند علت بستری نوزاد و تشخیص نهایی تلقی شود.

□ ناشناخته

□ در هیچ کدام از تشخیص های دسته بندی شده نمی گنجد.

## اقدامات تشخیصی، آزمایشات

۶۳. مقدار بیلی روبین در بدو ورود: مقدار بیلی روبین ثبت شده در پرونده بیمار را در این قسمت درج نمایید.  
مطمئن شوید که در قسمت تشخیص ها گزینه زردی تیک خورده باشد.
۶۴. بالاترین مقدار بیلی روبین ثبت شده: در پرونده بیمار را در این قسمت درج نمایید.  
مطمئن شوید که در صورتی که در قسمت تشخیص ها گزینه زردی تیک خورده باشد.
۶۵. مقدار بیلی روبین هنگام ترخیص:
۶۶. قند خون نوزاد هنگام بستری:
۶۷. پایین ترین مقدار قند خون: پایین ترین عدد قند خون ثبت شده در پرونده در این قسمت آورده شود
۶۸. BE هنگام بستری: در اولین آزمایش ABG یا بلادگاز، عدد BE که در بسیاری از موارد منفی است در این قسمت درج شود.
۶۹. سونوگرافی از نظر IVH: ☐ بله ☐ خیر  
اگر در طی بستری در بیمارستان سونوگرافی به منظور IVH انجام شده است بله را انتخاب و تعداد دفعات:..... انجام سونوگرافی درج شود.
۷۰. غربالگری هیپوتیروئیدی بدو تولد: ☐ بله ☐ خیر  
در صورتی که در طی بستری برای نوزاد غربالگری انجام شده است گزینه "بله" را انتخاب کنید. تعداد دفعات:.....  
تعداد موارد غربالگری را درج کنید. در صورت وجود هیپوتیروئیدی و تجویز لووتیرکسین آنها را در قسمت تشخیص و دارو های خاص ثبت نمایید.
۷۱. میکروارگانسیم/ های کشت شده: اورگانسیم کشت شده بدون در نظر گرفتن مکان آن در این قسمت درج شود. شما می توانید چند گزینه را انتخاب نمایید.
- استاف اورئوس
  - استاف کوagulaz نگاتیو
  - استرپتوکوک گروه B
  - انتروباکتر
  - ایکولای
  - کلبسیلا
  - سودومونا
  - کاندیدا
  - موارد دیگر
- ارگانسیم کشت شده بدون در نظر گرفتن مکان آن در این قسمت درج شود .

نمونه کشت شده الزاما باید از محیط های باشد که نام عفونت عمومی را بتوان در مورد آنها تلقی نمود مانند خون، مایع نخاعی، ادرار و مایع پلور یا صفاق  
کشت چشم، عفونت موضعی نباید در این جا ثبت شود.

#### ۷۲. معاینه رتینوپاتی نارس (ROP):

- در صورتی که نیاز به غربالگری ندارد گزینه اول را انتخاب نمایید.
- نوبت غربالگری گرفته شده است: در صورتی که زودتر از یک کاه نوزاد مرخص می شود و نوزاد نیاز به غربالگری دارد این گزینه را انتخاب نمایید.
- انجام غربالگری در طی بستری: در صورتی که غربالگری رتینوپاتی در مدت بستری انجام شده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- بر بالین بیمار/ همان بیمارستان: اگر غربالگری بر بالین نوزاد انجام شده چه توسط رتکم یا توسط پزشک چشم این گزینه را انتخاب نمایید
- انتقال به بیمارستان دیگر: انتقال به بیمارستان دیگر: در صورتی که برای انجام معاینه چشم از نظر ROP نوزاد به بیمارستان دیگر انتقال یافته است

۷۳. گروه خونی نوزاد: +RH ○ -RH ○ AB ○ B ○ A ○ O ○  
گروه خونی در نوزادانی اجباری است که دچار زردی شده اند.

### اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری)

#### ۷۴. حمایت تنفسی: ○ بله ○ خیر

- در صورتی که نوزاد در طی بستری در بیمارستان نیاز به تجویز اکسیژن یا مراقبت های غیر تهاجمی یا تهاجمی پیدا کرده است، گزینه بله را انتخاب و سپس نوع حمایت تنفسی انجام گرفته را مشخص نمایید.
- اکسیژن محیطی (زیر هود/ داخل اینکوباتور/ کانولا/ ماسک): اگر نوزاد اکسیژن محیطی گرفته است، با هود یا در سطح اینکوباتور یا کانولا یا ماسک این گزینه را انتخاب نمایید.
- تهویه غیر تهاجمی (بدون لوله تراشه مانند: سیپاپ/ دوپاپ/ SiPAP/ NIPPV/ بای فازیک/ HFNC: در صورتی که نوزاد تحت سیپاپ اعم از بابلی سیپاپ یا مود سیپاپ دستگاه های ونتیلاتور بوده این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است سیپاپ توسط لوله تراشه که در بینی نوزاد گذاشته شده (نوزاد اینتوبه نیست) یا پرونگ بینی یا ماسک بینی سیپاپ باشد. در صورتی که نوزاد دوپاپ (DOUPAP) یا سایپپ (SIPAP) یا NIPPV گرفته است این گزینه را انتخاب نمایید و مدت زمان آن به روز (کمتر از ۲۴ ساعت یک روز حساب شود) ثبت شود
- تهویه مکانیکی تهاجمی (با لوله تراشه مانند: IMV/SIMV/HFO و غیره): در صورتی که نوزاد در طی بستری به لوله گذاری داخل تراشه و تهویه توسط دستگاه نیاز داشته باشد با هر نوع تنظیمات یا دستگاهی این گزینه را انتخاب نمایید. و مدت زمان آن به روز (کمتر از ۲۴ ساعت یک روز حساب شود) ثبت شود.

۷۵. تجویز سورفاکتانت: ○ بله ○ خیر در صورت تجویز سورفاکتانت در طی بستری در بیمارستان این گزینه تیک بخورد. در صورتی که نوزاد در بیمارستان دیگری سورفاکتانت گرفته و سپس به آن بیمارستان ارجاع شده است نباید این مورد تیک بخورد، مگر آن که تجویز سورفاکتانت در بیمارستان شما صورت گرفته باشد.

۷۶. تعداد دفعات: تعداد دفعات تجویز سورفاکتانت به نوزاد در طی بستری در بیمارستان در این قسمت اشاره شود. تعداد دفعات تجویز شده قبل از بستری در بیمارستان دیگر یا در طی انتقال جزو این مورد نمی شود. نوبت تجویز در اتاق زایمان جزو تعداد تجویز در بیمارستان می شود. به طور مثال اگر نوزادی در اتاق زایمان یک نوبت سورفاکتانت گرفته و در بخش مراقبت ویژه نوزادان یک نوبت دیگر گرفته است، تعداد کلی تجویز را، ۲ نوبت ثبت کنید. توجه: نوع سورفاکتانت، شیوه تجویز، سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز و مقدار به سی سی در نوبتهای اول و دوم به تفکیک ثبت شوند:

۷۷. نوع سورفاکتانت: نوع سورفاکتانت را در این قسمت از بین سورفاکتانت های رایج در ایران انتخاب نمایید:

آلئوفکت یا بلس یا سوروانتا یا کوروسورف یا براکسورف یا اینفاسورف

۷۸. شیوه تجویز: شیوه تجویز از موارد به نمایش در آمده انتخاب شود.

○ IMV: اگر نوزاد لوله تراشه ثابت داشته و تحت تهویه تهاجمی به سر می برد این مورد را انتخاب نمایید  
○ InSurE: در صورتی که نوزاد تحت سیپاپ یا دوپاپ یا سایپپ یا NIPPV بوده و نوزاد برای تجویز سورفاکتانت به صورت موقت انتوبه (لوله گذاری داخل تراشه) شده و بعد از اتمام تجویز سورفاکتانت اکستوبه شده باشد این گزینه را انتخاب نمایید.

○ MIST: در صورتی که نوزاد تحت سیپاپ یا دوپاپ یا سایپپ یا NIPPV بوده و برای تجویز سورفاکتانت، یک لوله باریک مانند لوله تغذیه یا کاتتر نافی داخل تراشه نوزاد گذاشته شده و در حالی که نوزاد هنوز تحت تهویه غیر تهاجمی به سر می رود به آهستگی سورفاکتانت تجویز شده است، این گزینه انتخاب شود.

۷۹. سن نوزاد به ساعت هنگام تجویز: سن نوزاد هنگام تجویز سورفاکتانت به ساعت را درج نمایید.

۸۰. مقدار به سی سی: مقدار سورفاکتانت تجویزی به سی سی در این قسمت درج شود.

۸۱. عوارض مزمن: ○ بله ○ خیر

□ بیماری مزمن ریوی (نیاز به اکسیژن در روز ۲۸ تولد) CLD :

□ تجویز کورتیکواستروئید به منظور درمان CLD: اگر برای درمان CLD یا بیماری مزمن ریوی یا BPD نوزاد هر نوع کورتیکواستروئیدی استفاده کرده باشد اعم از استنشاقی مانند بودزوناید، یا دگزامتازون خوراکی یا وریدی و پردنیزولون خوراکی یا هر نوع داروی کورتیکواستروئید دیگری این گزینه را انتخاب نمایید. و نوع کورتیکواستروئید تجویزی را بر اساس گزینه های زیر انتخاب کنید.

□ عوارض مزمن مغزی: ○ لوکومالاسی اطراف بطنی (PVL) ○ هیدروسفالی

□ رتینوپاتی نارس: ○ مرحله (استیج) ○ منطقه (Zone) ○ پلاس

□ تونوسیتة غیر طبیعی (زمان ترخیص) ○ قادر به مکیدن و بلع نیست: در صورتی که نوزاد در هنگام ترخیص قادر به مکیدن و بلع نیست این گزینه را انتخاب کنید. ○ قادر به مکیدن و بلع بوده ولی شل است: اگر فقط شل است و

قادر به مکیدن است این مورد و ○ هیپرتون است (تونسیته افزایش یافته): اگر هیپرتون است این مورد را انتخاب کنید.

## ۸۲. مداخلات درمانی: ○ بله ○ خیر

در صورتی که در طی بستری نوزاد هر کدام از مداخلات زیر را دریافت کرده است، گزینه "بله" را انتخاب نمایید.

☐ فوتوتراپی

☐ تجویز آنتی بیوتیک

☐ تجویز گلبول قرمز فشرده: در تجویز (به هر مقدار) انتخاب گردد.

☐ تجویز FFP: در تجویز (به هر مقدار) انتخاب گردد.

☐ تعویض خون: در صورت تعویض خون (به هر علت) انتخاب گردد.

☐ استفاده از کاتتر ورید نافی

☐ Chest tube گذاری

☐ انجام هرگونه عمل جراحی در اتاق عمل: منظور از عمل جراحی، عمل جراحی در اتاق عمل و با حضور

متخصص بیهوشی برای جراحی های متوسط و بزرگ است. گذاشتن چست تیوب یا کاتتر نافی یا PICC Line عمل جراحی حساب نمی شود.

☐ استفاده از کاتتر ورید نافی

☐ استفاده از PICC: در صورتی که اقدام به گذاشتن آن کرده اید ولی موفق به کارگذاری آن نشده اید نیاز نیست این

گزینه را انتخاب کنید. ولی در صورتی که PICC Line گذاشته شده ولی بعد از چند ساعت یا چند روز مجبور به خارج کردن آن شده اید این گزینه را انتخاب نمایید.

☐ سرما درمانی فعال (با دستگاه): منظور از سرمادرمانی فعال با دستگاه سرد کردن نوزاد تا ۳۳,۵ درجه سانتیگراد توسط

دستگاه سرد کننده با مونیتور دقیق دمای از طریق پروب داخل رکتال و در شرایطی که نوزاد تحت تهویه مکانیکی و کاملاً Sedate بوده و حداقل ۷۲ ساعت طول کشیده باشد و تاکیداً در ۶ ساعت نخست تولد دریافت کرده باشد برای آسفیکسی متوسط یا متوسط تا شدید.

## ۸۳. تجویز داروهای خاص: ○ بله ○ خیر در صورتی که در طی بستری هر کدام از داروهای زیر را دریافت کرده

باشد گزینه "بله" را انتخاب نمایید.

☐ ایبوپروفن / ایندومتاسین / استامینوفن به منظور درمان PDA: در صورتی که به منظور درمان PDA یا مجرای شریانی

باز ایبوپروفن تزریقی یا خوراکی، ایندومتاسین یا استامینوفن استفاده شده باشد این گزینه را انتخاب نمایید.

☐ لووتیروکسین: در صورتی که بعد از مثبت بودن تست غربالگری تیروئید، لووتیروکسین برای نوزاد تجویز شده است

این گزینه را انتخاب نمایید.

☐ ضد قارچ برای پیشگیری یا درمان سپسیس کاندیدیایی: در صورتی که به منظور درمان یا پیشگیری از آنتی بیوتیک

ضد قارچ استفاده شده باشد اعم از خوراکی یا تزریقی این گزینه را انتخاب نمایید. توجه: نیستاتین خوراکی جزو این مورد قرار نمی گیرد.

□ **IVIG برای درمان/پیشگیری سپسیس:** در صورتی که برای درمان یا پیشگیری از عفونت، IVIG به هر مقدار استفاده شده باشد این گزینه تیک بخورد.

□ **IVIG برای درمان زردی همولیتیک:** در صورتی که برای درمان زردی همولیتیک از IVIG به هر مقدار استفاده شده باشد این گزینه تیک بخورد.

□ **داروهای ضد تشنج (فنوباریتال، فنیئوئین و ....):**

۸۴ مداخلات تکاملی ○ بله ○ خیر

در صورتی که هر کدام از مداخلات تکاملی مورد اشاره انجام شده است گزینه بله و نوع مداخلات را انتخاب نمایید:

□ **مراقبت آغوشی حداقل یک نوبت در روز که حداقل یک ساعت یا بیشتر طول کشیده باشد.** لطفاً به فرم پیشرفت بالینی ویژه پزشک مراجعه کرده و تعداد مواردی که مراقبت آغوشی حداقل یک بار که حداقل یک ساعت طول کشیده باشد را شمرده و در این قسمت درج کنید.

□ **اقامت مادر در بیمارستان برای حداقل ۲۰ ساعت در روز:** در صورتی که بیمارستان دارای امکانات رفاهی برای مادر بوده و مادر در بیمارستان اقامت دارد این گزینه را انتخاب نمایید و سپس تعداد روزهای اقامت ذکر شود. در صورت عدم امکان اقامت مادر یکی از بستگان نزدیک این مهم را انجام داده باشد تفاوتی نکرده و شما به عنوان مادر تلقی نمایید. این قسمت نیز باید به فرم پیشرفت بالینی ویژه پزشک باید مراجعه شود.

## ترخیص

### ۸۵ فرجام نوزاد

- ترخیص با دستور پزشک در صورتی که نوزاد با دستور پزشک مرخص شده باشد این گزینه را تیک بزنید.
- انتقال به بهزیستی: در صورتی که اورژانس اجتماعی نوزاد را به بهزیستی انتقال داده است این گزینه را انتخاب نمایید.
- انتقال به سایر بیمارستان ها: در صورتی که نوزاد به بیمارستان دیگر انتقال یافته است این گزینه را انتخاب نمایید.
- فوت در بخش یا طی انتقال: در صورتی که نوزاد در بخش شما یا بخش دیگر بیمارستان شما فوت شده باشد این تیک را انتخاب نمایید. در صورتی که نوزاد در طی انتقال به بیمارستان دیگر فوت شده و دوباره به بیمارستان شما عودت داده شده است گزینه مرگ در طی انتقال را انتخاب نمایید.
- ترخیص با رضایت شخصی: در صورت ترخیص با رضایت شخصی نوزاد این گزینه را انتخاب نمایید. ترخیص با رضایت شخصی باید با حکم قاضی کشیک دادگستری شهرستان مربوطه باشد و اصل حکم باید در پرونده موجود باشد. البته ممکن است در بیمارستان این استاندارد رعایت نشود. در هر صورت اگر بیمار بدون دستور پزشک و به درخواست خود بیمارستان را ترک کرد این گزینه را انتخاب نمایید.

### ۸۶ نوع تغذیه هنگام ترخیص: نوع تغذیه نوزاد در هنگام ترخیص نوزاد مورد اشاره قرار گیرد.

- شیر مادر ○ شیر مصنوعی ○ شیر مادر تقویت شده با BMF ○ شیر مادر و شیر مصنوعی
- شیر مادر: در صورتی که نوزاد به تنهایی فقط با شیر مادر در حال تغذیه است این گزینه را انتخاب نمایید. ممکن است مادر از شیر مادر دیگر یا شیر مادر بانک شیر نوزاد خود می دهد.
- شیر مادر تقویت شده با BMF: در صورتی که نوزاد از تقویت کننده های شیر مادر مانند FMS، ساپلمنت پروتئین، یا MCT Oil استفاده می کند این گزینه را انتخاب نمایید.
- شیر مادر و شیر مصنوعی: در صورتی که مادر علاوه بر شیر خود از شیر مصنوعی برای تغذیه فرزند خود استفاده می نماید این گزینه را انتخاب نمایید.
- شیر مصنوعی: در صورتی که مادر فقط از شیر مصنوعی اعم از ویژه نوزاد نارس یا غیر آن به نوزاد می دهد این گزینه را انتخاب نمایید.

### ۸۷ شیوه تغذیه هنگام ترخیص: شیوه تغذیه نوزاد در هنگام ترخیص را در این قسمت وارد نمایید:

- سینه مادر به طور کامل: در صورتی که نوزاد به صورت کامل زیر سینه مادر بوده و با هیچ شیوه دیگری تغذیه نمی شود این گزینه را انتخاب کنید.
- سینه مادر و شیوه های دیگر دهانی: در صورتی که نوزاد علاوه بر تغذیه زیر سینه به شیوه های دیگر تغذیه می شود مانند کاپ، SNS، تغذیه از طریق انگشت یا موارد دیگر این گزینه را انتخاب کنید.
- تغذیه از طریق لوله OGT یا NGT: در صورتی که نوزاد در هنگام ترخیص دارای NG-Tube یا OG-Tube باشد این گزینه را انتخاب کنید.

○ شیشه شیر: در صورتی که نوزاد از طریق شیشه شیر تغذیه می شود این گزینه را انتخاب نمایید.

توجه: در صورتی که نوزاد به شیوه ای ترکیبی از شیوه های متنوعی مانند انگشتی، شیشه، سینه مادر و . . . تغذیه می شود لطفاً انتخابی که بیشترین تواتر و تکیه مادر را شامل می شود را انتخاب نمایید. ممکن است شیوه تغذیه انتخاب شده توسط مادر در یکی از الگوهای پیشنهادی نگنجد. لذا انتخاب شیوه نزدیکتر به واقعیت به شما سپرده می شود.

۸۸. در سندرم محرومیت آیا اورژانس اجتماعی برای بررسی شرایط حضانت در بیمارستان حضور یافت؟

○ بله ○ خیر

• در صورتی که اورژانس اجتماعی به بیمارستان مراجعه کرده و تکلیف نوزاد را برای حضانت مشخص کرده گزینه "بله" را انتخاب نمایید.

۸۹. انتقال نوزاد به بیمارستان: در صورتی که نوزاد به بیمارستان دیگر انتقال یافته و زنده به مقصد رسیده این گزینه را انتخاب نمایید.

• مشخصات بیمارستانی که نوزاد انتقال داده شده است را از گزینه های مربوطه انتخاب نمایید.

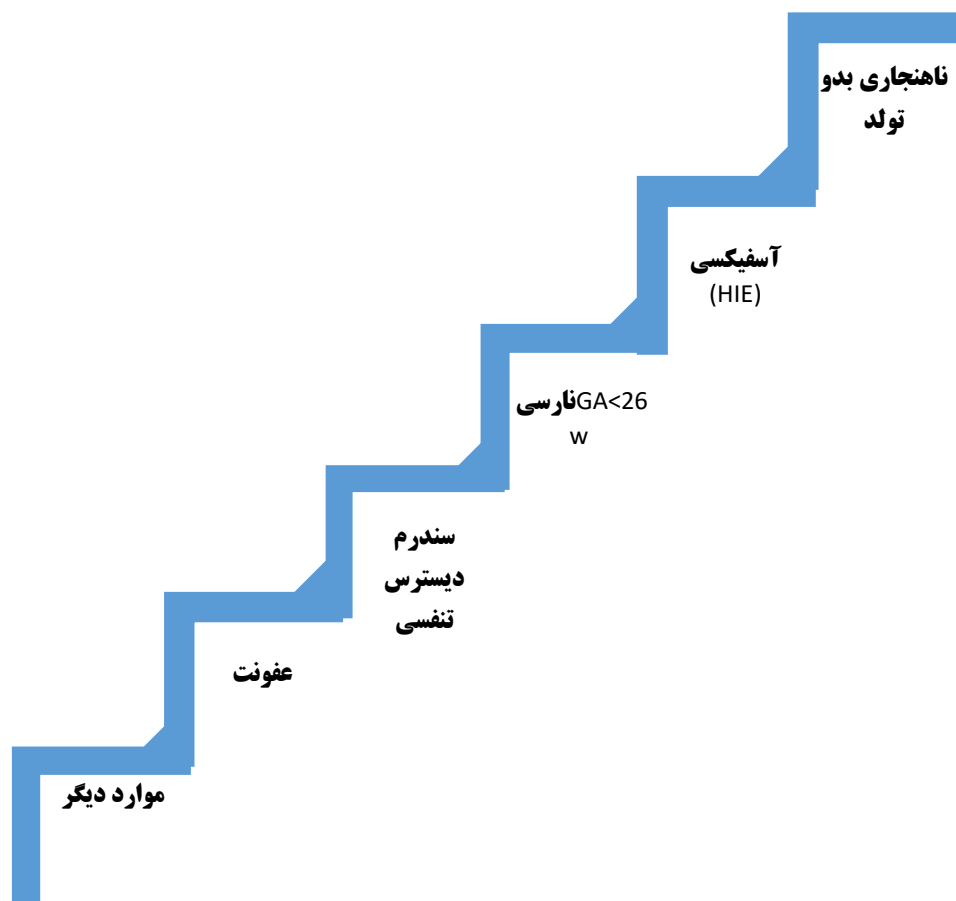
۹۰. علت انتقال نوزاد: برای درج علت انتقال نوزاد یکی از گزینه های ارائه شده را انتخاب کنید. ممکن است علت انتقال دقیقاً همان علت ارائه شده نباشد ولی سعی کنید نزدیکترین مورد به علت واقعی را انتخاب کنید:

○ نیاز به تخصص ویژه/ جراح ○ کمبود تخت ○ کمبود تجهیزات ○ مشکلات مالی ○ ادامه مراقبت در سطح

پایین تر

۹۱. علت اصلی مرگ:

علت اصلی مرگ به صورت پلکانی یا رتبه ای درج می شود. یعنی در اولین پله نگاه می کنیم آیا نوزاد ناهنجاری بدو تولد کشنده دارد یا نه. اگر داشت گزینه اول که ناهنجاری است را انتخاب می کنیم. در پله بعدی نگاه می کنیم که آیا بیمار هیپوکسیک ایسکمیک انسفال (آسفیکسی) داشته است یا نه اگر داشت این مورد را انتخاب می کنیم و . . .



- **ناهنجاری بدو تولد (ارثی):** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده و عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافراگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلو مننگوسل این گزینه انتخاب گردد. از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.
- **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی / HIE:** در صورت عدم وجود ناهنجاری بدو تولد و وجود کرایتریای تشخیصی آسفیکسی که در سطور بالا به آن اشاره شد و همچنین سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۲۶ هفته این مورد را انتخاب نمایید.
- **نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته دارد این مورد را انتخاب نمایید.
- **سندرم دیسترس تنفسی (RDS):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۶ هفته نداشته و به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت نموده است مورد چهارم یعنی سندرم دیسترس تنفسی را انتخاب نمایید. این موضوع علیرغم آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.

○ عفونت (سپسیس): در صورتی که عفونت علت اصلی مرگ است و ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسایی کمتر از ۲۶ هفته و سندرم دیسترس تنفسی علت اصلی مرگ نبوده و علائم و نشانه‌های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و کشت وی مثبت بوده یا نشانه‌های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب نمایید.

○ سایر موارد: در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق فوت نشده است این گزینه (سایر موارد) را انتخاب نمایید.

مراقبت تسکینی و علت؟ ○ بله ○ خیر ؛ در صورتی که نوزاد مرگ غیر قابل اجتناب داشته باشد مانند مرگ مغزی یا نارسایی بسیار شدید این گزینه را انتخاب نموده و علت آن از گزینه‌های مرتبط انتخاب شود.

○ مرگ مغزی: برای اثبات مرگ مغزی نیازی به EEG یا مشاوره نورولوژیست اطفال نبوده و پزشک طبق پروتوکل مربوطه می تواند اعلان مرگ مغزی کند. مشاهده شیت "مرگ مغزی" در این خصوص توصیه می شود به انتهای این راهنما (پیوست ۱) توجه شود.

○ نارسایی بسیار شدید: نوزادان با نارسایی شدید مانند ۲۲ یا ۲۳ هفته که میزان بقا در دنیا بسیار پایین است می تواند در این دسته قرار بگیرد. سن حاملگی ۲۴ و ۲۵ هفته در صورتی که والدین درخواستی برای مراقبت تسکینی داشته باشند در این دسته قرار می گیرد. این درخواست باید به صورت کتبی باشد.

○ بیماری غیر قابل درمان: بعضی از بیماری‌های غیر قابل درمان مانند سندرم قلب چپ هیپوپلاستیک یا بیماری‌های دیگری که سیستم درمانی کشور یا منطقه قادر به درمان آنها نیست در این دسته قرار می گیرند.

۹۳. علت رضایت شخصی: در صورتی که نوزاد با رضایت شخصی والدین مرخص شده است علت را از گزینه های زیر انتخاب نمایید:

○ شکایت از بستری طولانی: در صورتی که والدین به علت "شکایت از بستری طولانی" از بیمارستان رضایت شخصی داده است این مورد را انتخاب نمایید.

○ مشکلات مالی: اگر والدین به علت "مشکلات مالی" از بیمارستان رضایت شخصی داده است این مورد را تیک بزنید.

○ برای انتقال به بیمارستان دیگر: در صورتی که نوزادان برای این که نوزاد خود را به بیمارستان دیگری انتقال بدهند از بیمارستان رضایت شخصی داده اند این گزینه را انتخاب نمایید.

○ مشکلات خانوادگی: اگر والدین به علت مشکلات خانوادگی مانند تنها ماندن فرزندان دیگر در منزل، اصرار شوهر به ترخیص و دوری منزل از بیمارستان و . . . رضایت شخصی داده است این گزینه را انتخاب نمایید.

۹۲. تاریخ ترخیص: از تقویم انتخاب و ثبت گردد.

۹۳. ساعت ترخیص: : ساعت ترخیص نوزاد می بایست به صورت ساعت ۲۴ ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت ۰۰:۰۰ شروع می شود و به ۲۳:۵۹ دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت ترخیص نوزاد راس ساعت ۲۴ باشد، می بایست ساعت به صورت ۰۰:۰۰ وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود.

۹۴. وزن هنگام ترخیص: به گرم ثبت گردد.

۹۵. دور سر هنگام ترخیص: به سانتی متر تا دو رقم اعشار قابل ثبت است.

۹۶. تعداد روزهای بستری در بیمارستان: تعداد روزهای بستری نوزاد توسط سیستم محاسبه می شود کاربر فقط آن را با شواهد موجود در پرونده مقایسه می کند. در صورت تفاوت بین عدد نمایش داده شده با تعداد روزهایی که شما محاسبه می نمایید، تاریخ بستری و تاریخ ترخیص ثبت شده مجدد چک شود و آن را دوباره بازنگری و تصحیح نمایید.

۹۷. تعداد روزهای بستری در بخش NICU: تعداد روزهایی که نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شده است را در این قسمت وارد نمایید.

۹۸. تعداد روزهای بستری در بخش نوزادان یا کودکان: تعداد روزهایی که نوزاد در بخش مراقبت تخصصی نوزادان/ بخش کودکان یا مکانی دیگر بستری شده است را در این قسمت وارد نمایید.

## پیوست ۱- راهنمای بالینی تشخیص مرگ مغزی

۱. تشخیص مرگ مغزی بر اساس معاینه بالینی پزشک در نوزادی که فعالیت عصبی مغزی نداشته و دچار کما با علت مشخص و غیر قابل بازگشت باشد. کما و آپنه از اجزاء اساسی تشخیص می باشند.
۲. پیش نیاز های معاینه تایید کننده مرگ مغزی:
  ۱. کاهش فشار خون، هیپوترمیا، اختلالات متابولیک و هر مورد دیگری که ممکن است شرایط عصبی نوزاد را تحت تاثیر قرار دهند باید درمان شده باشند.
  ۲. دارو های ضد درد، تسکین دهنده ها، بلوک کننده های عضلانی و ضد تشنج ها باید متوقف شده و بر اساس نیمه عمرشان زمان قابل ملاحظه ای گذشته باشد.
  ۳. باید حداقل ۲۴ ساعت از احیاء قلبی ریوی گذشته باشد.
۳. تعداد معاینه، معاینه کننده و دوره معاینه ها:
  ۱. دو نوبت معاینه همراه با تست آپنه در طی دو ویزیت جداگانه مورد نیاز است.
  ۲. معاینه ها باید توسط دو پزشک متفاوت صورت گرفته و تست آپنه می تواند توسط همان فرد انجام شده یا توسط پزشک دیگری.
  ۳. توصیه می شود فاصله دو بار ویزیت حداقل ۲۴ ساعت باشد.
۴. نتیجه معاینه عصبی باید شامل اجزاء زیر باشد:
  ۱. مشاهده آپنه و کما در نوزاد
  ۲. رفلکس های پایه مغز باید مختل باشند
۵. تست آپنه:
  ۱. ابتدا بای
  - هر د نوزاد را به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه هیپراکشیید با اکسژن ۱۰۰ درصد نمایید
  ۲. قلب و تنفس و فشار خون نوزاد را به صورت مداوم مونیتور کنید.
  ۳. نوزاد را از ونتیلاتور جدا نمایید هنگامی که نوزاد اکسیژنه باشد.
۴. در صورت عدم شروع تلاش تنفسی علیرقم بروز  $PCO_2 < 60$  یا افت  $O_2Sat > 80\%$  بعد از متوقف کردن حمایت تنفسی تست آپنه مثبت تلقی می شود.
۷. بعد از انجام اولین تست و معاینه نوزاد باید مجددا روی ونتیلاتور رفته و بعد از ۲۴ ساعت همین عملیات دوباره تکرار شود.
۷. گونه تلاش تنفسی نشان دهنده منفی بودن تست آپنه بوده و باید بلافاصله تست متوقف شده و نوزاد زیر ونتیلاتور برود.
۶. در صورت وجود aEEG یا EEG با شواهد تایید کننده مرگ مغزی نیازی به دو بار معاینه و تست آپنه نبوده و به تنهایی می تواند تایید کننده مرگ مغزی باشد.

## پیوست ۲- انواع ناهنجاری های بدو تولد:

انواع ناهنجاری های بدو تولد:

سیستم عصبی:

Anencephaly  
Spina Bifida  
Encephalocele  
Meningomyelocele  
Microcephaly  
Holoprosencephaly  
Hydrocephaly  
Dandy-Walker Syndrome  
Arnold Chiari Syndrome  
Others

قلبی عروقی:

Transposition Large Vessels  
Pulmonary Stenosis  
Aortic Stenosis  
Truncus Arteriosus  
VSD  
ASD  
Tetralogy of Fallot  
Hypoplastic Left Heart Syndrome  
Coarctation of Aorta  
Single Ventricle  
Endocardial Cushion Defect  
Multiple Cardiac Anomalies  
Others

تنفسی:

Congenital Diaphragmatic Hernia  
Choanal Atresia Bilateral  
Sequestration  
Laryngeal Atresia, Stenosis, Web  
Eventration of Diaphragm  
Cystic Adenomatous Malformation  
Bronchogenic Cysts  
Others

گوارشی:

Omphalocele  
Gastroschisis  
Esophageal Atresia/Stenosis With or Without Fistula  
Small Intestine Atresia/Stenosis  
Anorectal Atresia/Stenosis  
Malrotation of Gut  
Hirschsprung  
Others

ادراری تناسلی:

Renal agenesis dysgenesis  
Ambiguous Genitalia  
Undescended Testis ( $\geq 36w$ )  
Bladder Exstrophy  
Renalectomy  
Posterior Uretral Valve  
Hypospadias  
Epispadias  
Hydronephrosis  
Multicystic Kidney  
Others

اسکلتی عضلانی:

Reducing Limb  
Polydactyly  
Syndactyly  
Club Foot  
Osteogenesis Imperfecta  
Achondroplasia  
Others

پوست:

Skin Tag  
Epidermolysis Bullosa  
Hyperkeratosis  
Others

چشم، گوش سر و گردن:

Cleft Lip With or Without Cleft Palate  
Anophthalmos  
Microphthalmos  
Unspecified Anophthalmos/Microphthalmos

Anotia  
Microtia  
Unspecified Anotia Microtia  
Hyperthelorum  
Cataract  
Glaucoma  
Others

اختلالات کروموزومی:

Trisomy 21 (Down`s syndrome)

Trisomy 18

Trisomy 13

Prune Belly Sequence

VACTERAL Syndrome

CHARGE Association

Pier Robin Syndrome

Turner Syndrome

Others Mal Chrom

سایر موارد:

در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد که در لیست فوق وجود ندارد، این قسمت تکمیل شود.