فرم شماره 4: مراقبت بيماران مبتلا به كم كاري تيروييد نوزادان

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي**  | **شبكه بهداشت و درمان شهرستان** | **مركز بهداشت شهرستان** | **محل نمونه گيري** | **شماره خانوار** |
| **نام و نام خانوادگي نوزاد: نام پدر:**  | **جنس: دختر پسر ** | **تاريخ تولد نوزاد: / /**  | **وزن زمان تولد**: (گرم) | **قد زمان تولد:**  (سانتي متر) | **نوع زايمان:** طبيعي سزارين |
| **زمان انجام غربالگري برحسب سن نوزاد به روز:** بار اول: بار دوم: | **غلظت TSH اوليه** (بر كاغذ فیلتر)= | **نسبت فاميلي والدين:** درجه 3  درجه 4 و بيشتر  بدون نسبت فاميلي  | **وجود بيماري هاي تيروييدي در فاميل درجه يك:** مادر  پدر خواهر برادر هيچكدام | **ابتلا به آنوماليها:** ندارد شنوايي قلبي–عروقي ساير |
| **نتيجه آزمايش هاي تاييد تشخيص:**T4 = Free T4= TSH= T3RU= | **سن نوزاد در زمان شروع درمان برحسب روز:** | **اولين دوز لووتيروكسين تجويز شده:** | **نتيجه اسكن تيروييد:**  | **نتيجه سونوگرافي تيروييد:** |
| **نام و نام خانوادگي پزشك شروع كننده درمان:** | **نام و نام خانوادگي مشاور علمي برنامه در شهرستان:** | **آدرس و شماره تلفن:** |

|  |
| --- |
| **جدول مراقبت بيماران** |
| **زمان انجام مراقبت** | **تاريخ**  | **TSH** | **T4 يا F.T4** | **قد (cm)**  | **وزن (kg)** | **دستورات پزشك و دوز دارو** | **نام و نام خانوادگي گزارشگر** |
| **6 ماه اول زندگي** | 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| **از 7 تا 12 ماهگي** | 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| **از 13 تا 36 ماهگي** | 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |
| 13 / /  |  |  |  |  |  |  |

**نتيجه نهايي:** نوع گذراي بيماري نوع دائمي بيماري مهاجرت قطع آزمايشي (تاريخ قطع درمان )

نا معلوم مرگ

**ملاحظات: .**