ستاد شهرستان ......................................................... واحد بیماری‌های غیر واگیر تاریخ تکمیل فرم: ............./............. /............. 14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات بیمار | نام بیمار: | |  | | | نام خانوادگی: | |  | | | جنس: | مرد ⃝  زن ⃝ | | تاریخ تولد: | | / | |  | / | 14 |
| ملیت: | ایرانی ⃝  غیر ایرانی⃝ | | | کد ملی: | |  | | | استان محل تولد: | | |  | | شهرستان: | |  | | | |
| کد اتباع: | |  | | |
| نوع زایمان مادر: طبیعی ⃝ سزارین ⃝ سن حاملگی مادر در حین زایمان: ................. هفته | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قد هنگام تولد: سانتیمتر وزن هنگام تولد: گرم | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا نوزاد زیر 33 هفته بارداری به دنیا آمده است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا نوزاد سابقه دیالیز/ تعویض خون/ تزریق خون داشته است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا نوزاد سابقه تغذیه خوراکی یا وریدی با موارد کم پروتئین داشته است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا نوزاد سابقه‌ی مصرف داروی خاص داشته است؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آیا کودک دارای علائم بالینی و اختلال رشد بوده است؟(در کودکانی که غیر از مسیر غربالگری نوزاد شناسایی می‌شوند) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آدرس دقیق محل سکونت: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| تلفن‌های تماس: | | | 1- | | | | | 2- | | | | | | 3- | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات والــدین | نام و نام خانوادگی | | | | تاریخ تولد  روز/ماه/سال | کد ملی/  کد اتباع | ملیت  ایرانی/  غیر ایرانی | | محل تولد | شغل | تحصیلات | قومیت |
| پدر |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| مادر |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| سال ازدواج والدین: | |  | نوع ارتباط خویشاوندی والدین: ندارند ⃝ | | | | دارند؛ ذکر نوع ارتباط: | | | | |
| سابقه سقط‌جنین در مادر وجود دارد؟ (در صورت بلی و در صورت مشخص بودن علت آن، ذکر شود): | | | | | | | | | | | |
| سابقه مرده زایی در مادر وجود دارد؟ (در صورت بلی و در صورت مشخص بودن علت آن، ذکر شود): | | | | | | | | | | | |
| آیا سابقه بیماری شناخته‌شده‌ای در خانواده وجود دارد؟(در صورت وجود ذکر کنید؟) | | | | | | | | | | | |

صفحه 1 از 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات سایر فرزندان | تعداد  فرزندان  زنده | سالم |  | تعداد فرزندان  فوت‌شده  پس از تولد |  |
| مبتلا (به بیماری) |  | ذکر علت: |
| مبتلابه سایر بیماری‌های متابولیکی |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اطلاعات غربالگری و تائید بیماری | نام بیماری تائید شده در نوزاد/ کودک: |  | ***ICD10:*** | تاریخ: ***/ /*** |
| نام پزشک تائید کننده بیماری: |  | |
| یافته‌های پاتولوژی/ بالینی غربالگری: |  | | تاریخ: ***/ /*** |
| نام مرکز غربالگری/ نمونه‌گیری: |  | | تاریخ: ***/ /*** |
| سن زمان اولین مراجعه به بیمارستان منتخب: |  | | تاریخ: ***/ /*** |
| یافته‌های پاتولوژی آزمایش تائید: |  | | تاریخ: ***/ /*** |
| آیا خانواده‌ی نوزاد مشمول مراقبت برنامه‌های ژنتیک بوده است؟ در صورت بلی نام برنامه ذکر شود: | | | |
| در صورت اینکه والدین مشمول مراقبت ژنتیک بوده‌اند، آیا از طرف شبکه بهداشت پیگیری شده‌اند؟ | | | |
| آیا خانواده سابقه مشاوره ژنتیک داشته است؟ | | | |
| آیا قبل‌تر خانواده ازنظر آزمایش‌های تشخیص ژنتیک بررسی‌شده‌اند؟ | | | |
| در صورت پاسخ مثبت به سؤال فوق، نام آزمایشگاه و تاریخ انجام آزمایش یا نتیجه آن ذکر شود؟ | | | |
| آیا مادر در زمان بارداری آزمایش PND2 انجام داده است؟ (در صورت بلی تاریخ آزمایش و نتیجه و در صورت خیر علت آن ذکر شود) | | | |
| آیا مادر در زمان بارداری‌های قبلی آزمایش PND2 انجام داده است؟ (در صورت بلی تاریخ آزمایش و نتیجه و در صورت خیر علت آن ذکر شود) | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ تکمیل گزارش  / / 14 | نام و نام خانوادگی گزارش دهنده:  شماره تماس:  امضاء | نام و نام خانوادگی سرپرست پایگاه/ مرکز خدمات جامع سلامت:  شماره تماس:  امضاء |

صفحه 2 از 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نظر کارشناس برنامه در ستاد شهرستان | آیا بروز بیماری به دلیل عدم همکاری زوجین با گروه مراقبتی بوده است؟ بله ⃝ خیر⃝ | | |
| آیا به نظر شما خطا در مراقبت زوجین مشمول پیگیری در برنامه ژنتیک اتفاق افتاده است؟ بله ⃝ خیر ⃝ | | |
| آیا به نظر شما خطا در غربالگری زوجین در برنامه ژنتیک اتفاق افتاده است؟ بله ⃝ خیر⃝ | | |
| آیا به نظر شما خطا در آزمایش تشخیص ژنتیک زوجین اتفاق افتاده است؟ بله ⃝ خیر ⃝ | | |
| با عنایت به اطلاعات و شواهد موجود علت بروز این بیمار را ازنظر خود ذکر کنید؟ | | |
| تاریخ تائید فرم:  / / 14 | نام و نام خانوادگی کارشناس برنامه:  تلفن تماس:  امضاء | نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بیماری‌های غیر واگیر:  تلفن تماس:  امضاء |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نظر کارشناس برنامه در ستاد استان | نظر کارشناس برنامه در ستاد معاونت دانشگاه: | | |
| تاریخ تائید فرم  / / 14 | نام و نام خانوادگی کارشناس برنامه:  تلفن تماس:  امضاء | نام و نام خانوادگی رئیس گروه بیماری‌های غیر واگیر:  تلفن تماس:  امضاء |

صفحه 3 از 3