

فرم شماره 4 بیماری کم کار تیروئید

شهرستان: ری⃝ جنوب⃝ اسلامشهر⃝ مرکز خدمات جامع سلامت: پایگاه/ خانه سلامت:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمار:** | | | | **کد ملی/ کد اتباع سامانه سیب :** | | | | | | **نام پدر:** | |
| **جنسیت بیمار:** | **تاریخ تولد: / /** | | | | **نام و نام خانوادگی مادر:** | | | | | | **سن مادر: سال** |
| **وزن بیمار هنگام تولد: گرم** | | **قد بیمار هنگام تولد: سانتی متر** | | | | | | **نوع زایمان مادر:** طبيعي سزارين | | | |
| **سن بارداری زمان زایمان: هفته روز** | | | | | | **آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است؟** بله خیر | | | | | |
| **آیا نوزاد چند قلو بوده است؟** بله خیر | | | | | | **آیا نوزاد سابقه تعویض یا دریافت خون داشته است؟** بله خیر | | | | | |
| **آیا نوزاد سابقه مصرف داروی خاص داشته است؟** بله خیر | | | | | | **آیا نوزاد سابقه دیالیزداشته است؟** بله خیر | | | | | |
| **آیا ازدواج والدین فامیلی بوده است؟** بله خیر | | | | | | | | | | | |
| **آیا اختلال دیگری در نوزاد به غیر از کم کاری تیروئید شناسایی شده است؟** بله خیر لطفا نوشته شود. ................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **آیا در خانواده نوزاد سابقه بیماری کم کاری تیروئید دیده شده است؟** بله خیر لطفا نسبت با بیمار نوشته شود. ....................................... | | | | | | | | | | | |
| **تاریخ غربالگری اول: / / مقدار TSH پاشنه:** | | | | | | | | | **آزمایش تاییدی( وریدی)**  **تاریخ / /**   * **TSH:** * **T3RU:** * **T3:** * **T4:** * **FreeT4:** | | |
| **تاریخ غربالگری دوم: / / مقدار TSH پاشنه:** | | | | | | | | |
| **تاریخ غربالگری سوم (در صورت نارس بودن): / / مقدار TSH پاشنه:** | | | | | | | | |
| **تاریخ غربالگری چهارم(در صورت نارس بودن): / / مقدار TSH پاشنه:** | | | | | | | | |
| **نام بیماری: کم کاری تیروئید دوران نوزادی با کد E031** | | | | | | | **آیا ثبت بیماری در سامانه سیب انجام شده است؟** | | | | |
| **تاریخ شروع درمان: / /** | | | **سن نوزاد در هنگام شروع درمان: روز** | | | | | **نام پزشک معالج:** | | | |
| **مقدار اولين دوز لووتيروكسين تجويز شده چقدر است؟** | | | | | | | | | | | |
| **آدرس بیمار:** | | | | | **شماره موبایل پدر:**  **شماره موبایل مادر:**  **سایر :** | | | | | | |
| **نا م ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل فرم: / / شماره تماس:**  **نام و نام خانوادگی کارشناس برنامه در ستاد شهرستان:** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| فرم شماره 4:مراقبت بيماران مبتلا به كم كاري تيروييد نوزادان | | | | | | | | | |
| **زمان انجام مراقبت** | **نوبت مراقبت** | **تاريخ** | **TSH** | **T4 يا Free.T4** | **قد (cm)** | **وزن**  **(kg)** | **دستورات پزشك و دوز دارو** | **ثبت مراقبت در سامانه سیب**  **با علامت \*** | **نام و نام خانوادگي مراقب سلامت** |
| **6 ماه اول زندگي** | 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| **از 7 تا 12 ماهگي** | 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| **از 13 تا 36 ماهگي** | 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

* **گزارش نتيجه نهايي ذیل به ستاد شهرستان/ معاونت ضروریست:**
* نوع گذراي بيماري (تاريخ قطع درمان / / )
* نوع دائمي بيماري
* مهاجرت (تاريخ مهاجرت / / )
* قطع آزمايشي
* مرگ (تاریخ فوت: / / )

**ملاحظات: .**