



فرم بروز کم کاری تیروئید دوران نوزادی E031

پایگاه / خانه سلامت:

شهرستان: ری ○ جنوب ○ اسلامشهر ○ مرکز خدمات جامع 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: طبیعی ☐ سزارین ☐		
سن بارداری زمان زایمان: هفته روز	آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان داشته است؟ ☐ خیر ☐ بله			
آیا نوزاد چند قلو بوده است؟	☐ خیر ☐ بله	آیا نوزاد سابقه تعویض یا دریافت خون داشته است؟ ☐ خیر ☐ بله		
آیا نوزاد سابقه مصرف داروی خاص داشته است؟	☐ خیر ☐ بله	آیا نوزاد سابقه دیالیز داشته است؟ ☐ خیر ☐ بله		
آیا ازدواج والدین فامیلی بوده است؟ ☐ خیر ☐ بله				
آیا در دوران بارداری، مادر مکمل‌های حاوی "یُد" دریافت نموده است؟ ☐ خیر ☐ بله		در صورت دریافت مکمل ید، در چند هفتگی بارداری آغاز شده است؟ هفتگی		
مکمل ید توسط چه فردی از کادر سلامت تجویز شده است؟ پزشک متخصص ☐ پزشک عمومی ☐ ماما-مراقب سلامت ☐ سایر:				
آیا اختلال دیگری در نوزاد به غیر از کم کاری تیروئید شناسایی شده است؟ ☐ خیر ☐ بله لطفاً نوشته شود.				
آیا در خانواده نوزاد سابقه بیماری کم کاری تیروئید دیده شده است؟ ☐ خیر ☐ بله لطفاً نسبت با بیمار نوشته شود.				
تاریخ غربالگری اول: / /		مقدار TSH پاشنه: / /		
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: / /		
آزمایش تاییدی (وریدی) تاریخ / /		➤ TSH: ➤ T3RU: ➤ T3: ➤ T4: ➤ FreeT4:		
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 اولین دوز لووتیروکسین تجویز شده چقدر است؟				
آدرس بیمار:		شماره موبایل پدر: شماره موبایل مادر: سایر:		
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		تاریخ تکمیل فرم: / / شماره تماس:		
نام و نام خانوادگی کارشناس برنامه در ستاد شهرستان:				



فرم شماره ۴: مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نوزادان

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت	ثبت مراقبت در سامانه سیب با علامت *	دستورات پزشک و دوز دارو	وزن (kg)	قد (cm)	T4 یا Free.T4	TSH	تاریخ	نوبت مراقبت	زمان انجام مراقبت
							/ /	۱	۶ ماه اول زندگی
							/ /	۲	
							/ /	۳	
							/ /	۴	
							/ /	۵	
							/ /	۶	
							/ /	۱	از ۷ تا ۱۲ ماهگی
							/ /	۲	
							/ /	۳	
							/ /	۱	از ۱۳ تا ۳۶ ماهگی
							/ /	۲	
							/ /	۳	
							/ /	۴	
							/ /	۵	
							/ /	۶	
							/ /	۷	
							/ /	۸	

❖ گزارش نتیجه نهایی ذیل به ستاد شهرستان / معاونت ضروریست:

- ✓ نوع گذرای بیماری ☐ (تاریخ قطع درمان / /)
- ✓ نوع دائمی بیماری ☐
- ✓ مهاجرت ☐ (تاریخ مهاجرت / /)
- ✓ قطع آزمایشی ☐
- ✓ مرگ ☐ (تاریخ فوت: / /)

ملاحظات: