

سامانه ملی مادر و نوزاد ایران (ایمان)

وزارت بهداشت

دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

اداره سلامت نوزادان

با همکاری انجمن پزشکان نوزادان

مرکز تحقیقات سلامت کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳	مقدمه
	فصل ۱ شبکه داده
۹	فصل ۲ راهنمای تکمیل فرم سامانه بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان
۲۸	فصل ۳ راهنمای ثبت تحت وب فرم
۳۳	فصل ۴ شاخص های بخش مراقبت ویژه نوزادان
۷۴	فصل ۵ تحلیل داده های ثبت شده
	فصل ۶ پایش و ارزشیابی برنامه

مقدمه:

واحد مراقبتهای ویژه (NICU) و واحد مراقبت های تخصصی (NSCU) نوزادان محلی است که تکنولوژیهای نو و گران قیمت و داروهای متنوع در آن بکار می رود و پروتکولهای درمانی سریعاً در حال تغییر می باشد. علیرغم این تحولات سریع، مرگ و میر در این بخش بالا می باشد و پیش آگهی نوزادان در واحد های مختلف با هم تفاوت دارد. پرهزینه بودن درمان این نوزادان و تنوع زیاد در پیش آگهی آنها وزارت بهداشت را برآن داشت تا برای کاهش هزینه ها و استاندارد کردن درمان در تمام نقاط کشور و تعریف صحیح از سطح بندی بیمارستانی به اطلاعات جامع کل کشور دسترسی پیدا کند این دسترسی از طریق ایجاد سامانه الکترونیک و جمع آوری اطلاعات نوزادان مقدور می باشد.

شبکه اطلاعات نوزادان بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان با هدف گردآوری اطلاعات از واحدهای مراقبت ویژه/تخصصی سراسر کشور و نهایتاً تحلیل داده های آنها برای بهبود کیفیت و پیدا کردن مشکلات احتمالی، ایجادگردیده است. این شبکه حاوی اطلاعات اساسی راجع به نوزادان بستری در NICU و NSCU می باشد. پرسشنامه این شبکه براساس نظر اساتید نوزادان از سراسر کشور و همچنین استفاده از شبکه ها و سیستم های ثبت سایر کشور ها، پایه ریزی شده است. پس از گردآوری اطلاعات از داخل NICU و NSCU، داده ها تحت Web وارد Server وزارت بهداشت می شوند. این پایگاه داده، مجموعه منحصر بفردی خواهد بود که قابل دسترسی برای محققین و مدیران ارشد اجرایی جهت برنامه ریزی کلان کشوری می باشد. امید بر آن است که باهمکاری تمامی اساتید محترم نوزادان کشور جهت نظارت برآورد نمودن درست داده ها منبع مطمئنی از داده برای محققان جهت انجام سریع و راحت تحقیقات ایجاد گردد. اهداف اختصاصی این شبکه عبارتند از:

۱. دسترسی به اطلاعات مهم شامل مرگ و میر، بیماری زایی و بقا نوزادان بستری
۲. ارتقاء ارائه خدمات درمانی به نوزادان نارس و خدمات آموزشی به والدین
۳. ارزیابی وضعیت خدمات درمانی در بخش های مراقبت ویژه / تخصصی نوزادان با استفاده از شواهد
۴. توسعه ارتباطات بین المللی و همکاری بابرنامه های بین المللی ثبت اطلاعات نوزادان
۵. ایجاد زیر ساخت مناسب جهت انجام مطالعات آینده نگر مبتنی بر شواهد
۶. پیگیری وضعیت نوزادان بستری شده در دوران کودکی و نوجوانی
۷. برقراری سامانه مراقبت (Surveillance) تخصصی نوزادان NICU/NSCU



فصل

شبکه داده

شبکه داده جهت جمع آوری مستمر و نظام مند اطلاعات کلیه افراد در یک جمعیت مشخص ایجاد میشود. اطلاعات نوزادان بستری شده نقش موثری در تشخیص و اندازه گیری میزان اثر بخشی مراقبتهای درمانی برای این گروه از نوزادان دارد و نظام سلامت را قادر می سازد بر کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی ارائه شده، نظارت بهتر و موثرتری داشته باشد. ثبت و جمع آوری اطلاعات همچنین منبع مناسبی برای منظور انجام مطالعات پژوهشی بعدی از قبیل مطالعات کوهورت و کارآزمایی بالینی فراهم می آورد.

اهداف و مزایای ایجاد شبکه ملی داده:

هدف اولیه کمک برای مشخص کردن شیوع و بروز بیماری، نیاز افراد، ضعفهای سیستم بهداشتی، پیش بینی نیازهای آینده و کمک به تصمیم گیری در سطح مدیران ارشد است و در نهایت ایجاد یک سیستم مراقبت (Surveillance) است.

- تقویت نظام سلامت

یکی از قدمهای اولیه در اجرای موثر هر برنامه بهداشتی، ایجاد یک شبکه داده و نظام مراقبت می باشد. بعضی مواقع ایجاد شبکه داده و در نهایت نظام مراقبت اضافی به نظر می رسد چرا که اعتقاد بر این است که درمان و اقتصاد وابسته به آن و نیز تولید دارو اهمیت بیشتری دارند. در حالیکه سیاستگذاری برای موارد فوق نیازمند درک تعداد بیماران، سطح دریافت خدمات درمانی و نیازمندیهای درمانی می باشد که از طریق شبکه داده امکان پذیر می باشد. وقتی پایگاهی از داده ها وجود داشته باشد نظام سلامت قدرت استراتژیک برای اثبات نیازمندیها و تواناییهای خود را دارد. در تمام کشورها بودجه نظام سلامت براساس اولویتهای این نظام خود تنظیم می گردد پایگاه داده می تواند این اولویتهای را مشخص کند.

- کمک به تخصیص منابع و اولویتهای

نیازمندیهای پزشکی هر جامعه منحصر به فرد می باشد. بنابراین منابع مالی ابتدا بصورت مقادیر کم به تمام موارد اختصاص می یابد. تخصیص منابع مالی باید منجر به نتیجه قابل رویت باشد که از دو جهت اهمیت دارد: نتایج موفقیت آمیز بودن کار کادر درمانی بهداشتی را نشان دهد و همچنین مفید بودن برنامه را یادآوری کند. جمع آوری اطلاعات برای حفاظت، نگهداری و دفاع از بودجه اهمیت دارد. برای مثال با بهبودی سطح مراقبت از یک بیماری و کاهش عوارض آن سیاستگذاران می توانند قسمتی از بودجه را برای مقاصد دیگر خرج کنند و از طرفی حمایت از درمان آن بیماری نیز ادامه پیدا می کند. پایش سلامت یکی از مهمترین کاربردهای پایگاه های جمع آوری داده می باشد. این اطلاعات برای شناسایی تغییرات ایجاد شده در نیازمندیهای بیماران، شناسایی مشکلات خاص و مستند کردن اثرات درمان ضروری است. از این داده ها حتی برای خرید انواع داروها و مقادیر آنها نیز استفاده می شود مثلاً در RDS نوزادان، ثبت میزان مصرف سورفاکتانت، عوارض جانبی، تعداد روزهایی که نوزاد علیرغم تجویز سورفاکتانتی نیاز به تهویه مکانیکی دارد، به سیستم بهداشتی در خرید نوع سورفاکتانت نیز کمک می کند.

- عدالت در پخش امکانات :

پایگاه های داده و نظام های مراقبت روش موثری برای پایش پخش امکانات در مناطق مختلف می باشد .

اصول اولیه جمع آوری داده ها:

مقادیر و نوع داده های جمع آوری شده:

جهت جلوگیری از هدررفتن وقت، هزینه و نیروی انسانی جمع آوری داده باید موثر و قابل تحقق باشد. هر ذره ای از داده که جمع آوری شود و استفاده نشود وقت فرد جمع کننده داده را تلف می کند. داده های جمع آوری شده باید دقیق، ساده و کامل باشند.

- دقت :

همانگونه که اشاره شد داده های جمع آوری شده باید دقیق باشد چرا که سیاستگذاران براساس آنها تصمیم می گیرند. چه بسا داده های فاقد اعتباری که منجر به تصمیم گیری نادرست سیاستگذاران بهداشتی شده است.

- سادگی :

جهت کاهش خطا و خستگی حین جمع آوری داده سادگی داده ها اهمیت دارد .

- کامل بودن :

شبکه داده و سیستم مراقبت به تمام داده ها نیاز دارد. وجود داده های گم شده بیش از میزان معین، کیفیت و دقت داده را کاهش می دهد بنابراین لازم است تا تعداد زیادی بیمار ثبت شوند.

- محرمانه بودن و کمیته اخلاقی :

این کمیته دو موضوع اساسی که با هم در تداخل هستند را شفاف می سازد. یک صاحب داده کیست؟ دوم محرمانه بودن اطلاعات بیمار را چگونه حفظ می کنند؟ قوانین ملی جمع آوری داده اغلب به این سئوالات پاسخ می دهد که آیا باید از بیمار رضایت اخذ شود هر چند سیاستهای مربوط به این موضوعات باید در ابتدا اخذ شده و مورد پذیرش تمامی افراد قرار گیرد. در واقع داده به جمعیت بیماران تعلق دارد ولی استفاده آن در سطح ملی شامل محققین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می شود. وقتی بیماران این اصول را درک کنند قویاً از بکار بردن داده هایشان حمایت خواهند کرد، مخصوصاً وقتی بدانند که از آنها نام برده نخواهد شد .

تمام موارد زیر در فاز طراحی سیستم در نظر گرفته شده است:

- اسامی بیماران باید مخفی نگه داشته شوند و فقط افراد معتمد بتوانند به نام افراد دستیابی داشته باشند.

- تجربه نشان می دهد که افراد زیادی می خواهند به اطلاعات شبکه دسترسی داشته باشند مانند دولت، بیمارستانها، محققان و حتی تولید کننده های دارو. این از طرفی خوب است چرا که به اهمیت داده واقف می شوند و از سیستم حمایت زیاده تر بعمل می آورند. دسترسی به داده های نظام مراقبت با هماهنگی و تحت نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و قبول فرم تعهد امکان پذیر است.

بنابراین اداره نوزادان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تعیین اینکه داده چگونه و به چه صورتی در اختیار افراد قرار گیرد نقش کلیدی دارد .

- نگهداری از شبکه داده: شبکه داده ابزاری دینامیک بوده و باید بصورت مداوم به روز شود تا همواره مفید و دقیق باشد. برای این منظور موارد زیر رعایت می شود:

- حفظ شبکه باید مسئولانه باشد و فردی که مسئول مراقبت از داده ها را به عهده دارد باید با ماهیت ثبت، اجزاء و مصارف آن آشنا باشد و به اینکه این ابزار مهمی در مراقبت از بیماران می باشد اعتقاد داشته باشد.

قدم های اساسی در تکوین و نگهداری شبکه داده:

۱. تشکیل کمیته
۲. مشخص کردن اهداف
۳. آماده کردن نقشه راهبردی
۴. انتخاب سیستم گردآوری داده ها
۵. مشخص کردن محتوای داده ها
۶. طراحی فرم گردآوری

۷. جمع آوری داده ها

۸. تحلیل داده ها

۹. بازنگری

تمام کاربران به منظور ورود به پایگاه داده باید Username و Password داشته باشند. هرگاه همکاری فردی به اتمام رسید User و Password بسرعت حذف شود. بصورت دوره ای رمز عبور عوض خواهد شود. چاپ داده ها فقط برای مصارف دانشگاه ها و تحت نظارت اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی می باشد. تمام کاربران پایگاه داده قبل از خاموش کردن کامپیوتر باید log off شوند.

تهیه پشتیبان داده: به طور منظم هر هفته از داده ها پشتیبان تهیه می شود. تهیه پشتیبان باید با ثبت تاریخ و ساعت انجام شود

کنترل کیفیت داده: داده های ثبت شده در پرسشنامه با داده های ثبت شده در پایگاه داده به صورت منظم و دوره ای با هم مقایسه شده و از لحاظ همخوانی اعداد پایش خواهد شد.

حامی مالی

تمامی هزینه ها و حامی اصلی برنامه به عهده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، اداره مادران و نوزادان بوده و اداره سلامت نوزادان ناظر اصلی بر این برنامه می باشد .

جمعیت هدف :

تمام نوزادانی که در یکی بیمارستانهای تحت پوشش (یکی از بیمارستانهای سطح ۲ یا ۳) بستری شده باشد.

دستورالعملهای اجرایی

نحوه واردن کردن داده ها:

نوع کاغذی فرم رایانه ای طرح بصورت ۲ برگه بر روی تمامی پرونده های نوزادان بستری در NICU و NSCU قرار می گیرد و این فرم تا آخرین لحظه ترخیص نوزاد بر روی پرونده نوزاد قرار می گیرد و جزو لاینفک پرونده می باشد. پس از بستری اولیه نوزاد در NICU و NSCU ورود اطلاعات دموگرافیک نوزاد بر عهده پرستار یا مامای کشیک در همان لحظه خواهد بود.

ورود اطلاعات درمانی بر بالین بیمار خواهد بود و این امر بر عهده رزیدنت ، فلوشیپ نوزادان یا فردی آشنا به اصطلاحات پزشکی (پرستار یا کارشناس مدارک پزشکی) بسته به امکانات هر بیمارستان خواهد بود. قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان پرستار ترخیص/فلوی بخش/ رزیدنت یا کارشناس مدارک پزشکی باید بر صحت موارد چک شده در پرونده و فرم کاغذی نظارت نماید و پس از تأیید استاد بخش یک نسخه آن به بیمار و نسخه دیگر در بیمارستان باقی بماند.

از روی نسخه باقیمانده در بیمارستان توسط پرستار یا کارشناس مدارک پزشکی (ترجیحاً) داده ها وارد رایانه خواهد شد.

نسخه کاغذی فرم رایانه ای باید بعنوان یکی از برگه های استاندارد پرونده توسط کارشناس مدارک پزشکی به رسمیت شناخته خواهد شد.

اطلاعات کدام نوزادان باید سامانه شوند:

تمامی نوزادان که نیاز به بستری در NICU و NSCU دارند و وارد واحد NICU یا NSCU شده اند. بر طبق این دستورالعمل صرف نظر از پیش آگهی نوزاد (اعم از فوت یا اعزام) اطلاعات تمام موارد بستری شده در NICU و NSCU باید ثبت شود. در صورت فوت نوزاد در بخش زایمان در فرجام نوزادی زایمان فوت نوزاد علامت زده شود آمار روزانه اتاق زایمان و پذیرش در NSCU / NICU را با هم تطبیق دهید تا مورد ثبت نشده ای نباشد. قبل از انتقال نوزاد از بخش NSCU / NICU به بخش نوزادان، کلیه مواردی که ثبت شده اند را چک کنید؛ اینکار می تواند بر عهده رزیدنت، فلو، پرستار ترخیص یا مدارک پزشکی باشد.

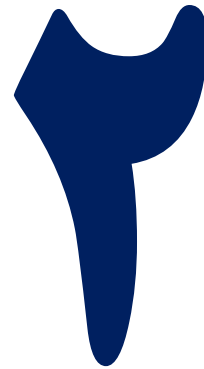
داده های فراموش شده :

اگر داده ها به هر علت ثبت نشده است و دسترسی به آن داده مقدور نمی باشد محل آنرا خالی بگذارید. مرگ: برای تمام نوزادان پذیرش شده در NSCU / NICU که فوت می شوند علت فوت را حتماً از پزشک مربوطه جویا شوید و آنرا با دقت پر کنید.

گرد کردن: اغلب داده های عدد نیاز به گرد کردن ندارند مثل دور سر، دما، PH و با رقم اعشاری ثبت می شوند در صورت نیاز می توان رقم اول اعشار پایین تر از ۰/۵ را به صفر و ۰/۵ و بالاتر را به یک گرد کرد.

بستری مجدد

داده هایی را ثبت کنید که در NSCU / NICU محل کار شما انجام بستری انجام شده باشد. مثلاً اگر در مرکز دیگری به نوزاد سورفاکتانت تجویز شده است و اکنون به مرکز شما ارجاع شده است آنرا ثبت نکنید.



فصل

دستور العمل تکمیل فرم سامانه بخش مراقبت ویژه / تخصصی نوزادان

شبکه بخش های بستری نوزادان کشور:

امید بر آن است که باهمکاری تمامی اساتید محترم نوزادان کشور جهت نظارت بر وارد نمودن درست داده ها منبع مطمئنی از داده برای همگان جهت انجام سریع و راحت تحقیقات و مداخلات ایجاد گردد.

اهداف اختصاصی

- ۱- ایجاد شبکه ملی نوزادان که داده های آن قابل دسترس باشد
- ۲- شفاف سازی وضعیت مرگ و میر نوزادان کشور
- ۳- دسترسی به اطلاعات دموگرافیک نوزادان بستری در بخش های نوزادان و NICU
- ۴- شناسایی مشکلات و رفع آنها توسط اساتید
- ۵- مطالعات اپیدمیولوژیک شیوع بیماریهای نوزادی در نقاط مختلف کشور
- ۶- کمک به پیشرفت علم نوزادان در کشور
- ۷- تبادل اطلاعات با کشورهای پیشرفته و اتصال به شبکه جهانی

نحوه واردن کردن داده ها:

دورو بر روی تمامی پرونده های نوزادان بستری در NICU و بخش تخصصی نوزادان قرار می گیرد. تا آخرین لحظه ترخیص نوزاد بروی پرونده نوزاد باقی می ماند.

۱. پس از بستری اولیه نوزاد در NICU ورود اطلاعات دموگرافیک نوزاد (صفحه نخست فرم) بر عهده پرستار کشیک در همان زمان خواهد بود. نیازی به درج اولیه قسمت زرد رنگ فرم که مربوط به اطلاعات زایمانی و مادر و نوزاد در اتاق زایمان است، نمی باشد.

[illegible]

۲. در اولین فرصت همان پرستار الزاما باید صفحه اول

فرم را ثبت آن لاین کند. قبل از ثبت می تواند با تماس

تلفنی از ثبت اینترنتی اطلاعاتی در زایشگاه اطمینان

حاصل نمی‌آید. در تماس تلفنی با ماما یا بخش زایمان

توصیه می شود عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان را

بر اساس اطلاعات درج در پرونده مادر پرس و جو

شده و تکمیل گردد.

۳. با درج شماره ملی مادر و رتبه قل (در صورت ایرانی

بودن مادر) سامانه تحت وب اطلاعات زایمانی را در

ناحیه رنگین فرم بارگذاری خواهد کرد. در صورت

عدم وجود اطلاعات نشان دهنده ثبت نشدن اطلاعات

زایمانی در بیمارستان و زایشگاه محل تولد نوزاد

است.

۴. در انتها بعد از ثبت آن لاین فرم گزینه "□ این صفحه در

وب سایت به ثبت رسید" را انتخاب کرده و پرستار محترم

مهر و مضای خود را در انتهای صفحه بیاورد.

۵. یک روز قبل ترخیص نوزاد (در نوزادان دارای پیونده قطور و بستری بیشتر از ۲ هفته) یا در روز ترخیصی (نوزادان

با پرونده سبکتر و مدت بستری کمتر از ۲ هفته) صفحه دوم فرم پر می شود. مسئول پر کردن آن در بخش های

دارای رزیدنت یا فلو شپ با پزشکان محترم می باشد. در صورت عدم وجود یا عدم امکان پر شدن فرم توسط

پزشک، پرستار مسئول مراقبت از نوزاد در همان روز بر اساس اطلاعات برگه کاردکس، برگه های مراقبت ویژه و

اطلاعات درج شده در پرونده فرم را تکمیل می نماید.

پزشک محترم مسئول بیمار باید قسمت تشخیص ها و اقدامات درمانی را با دقت بازبینی کرده و اط صحت موارد

ثبت شده اطمینان حاصل نماید.

قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان پرستار مسئول ثبت داده ها یا منشی بخش صفحه دوم فرم را ثبت آن لاین نماید.

الزاماً تر همان روز و قبل از مرخص شدن نوزاد باید فرم ثبت آن لاین شود.

۸. چاپ خلاصه پرونده بیمار از سایت و پس از تایید پزشک معالج یک نسخه آن به بیمار و نسخه دیگر در پرونده

بیمار باقی بماند.

کدام نوزادان باید ثبت شوند:

صرف نظر از پیش آگهی نوزاد (اعم از فوت یا اعزام) اطلاعات تمام موارد بستری شده در بخش نوزادان و NICU باید

ثبت شود. این مورد شامل شیرخواران (سن تقویمی بیشتر از ۲۸ روز) بستری در بخش مراقبت ویژه/ تخصصی نوزادان نیز می

شود.

توصیه می شود آمار روزانه اتاق زایمان و پذیرش در NICU و بخش تخصصی نوزادان و ترخیص را باهم تطبیق دهید تا

مورد ثبت نشده ای نباشد.

[illegible]

داده های فراموش شده:

- اگر داده ها به هر علت ثبت نشده است و دسترسی به آن داده مقدور نمی باشد محل آنرا خالی بگذارید.
- مرگ: برای تمام نوزادان پذیرش شده در بخش نوزادان و NICU که فوت می شوند علت فوت را حتماً از پزشک معالج مربوطه جویا شوید و آن را با دقت تکمیل کنید.
- گرد کردن: اغلب داده های عدد نیاز به گرد کردن ندارند مثل دور سر، دما، PH و با رقم اعشاری ثبت می شوند در صورت نیاز می توان رقم اول اعشار پایین تر از ۰/۵ را به صفر و بالای ۰/۴ را به یک گرد کرد.
- داده هایی را ثبت کنید که در NICU شما انجام شده است مثلاً اگر در مرکز دیگری به نوزاد سورفاکتانت تجویز شده است و اکنون به مرکز شما ارجاع شده است آن را ثبت نکنید.

محتوای داده ها:

جمع آوری داده ها هفت قسمت اصلی دارد.

۱- مشخصات اولیه نوزاد: شامل اطلاعات پایه اعم از نام و نام خانوادگی، کد ملی، نوع بیمه، تاریخ بستری، محل تولد،

وزن، دور سر، دمای بدن و وضعیت

BE هنگام بستری می باشد

۲- مشخصات زایمان و نوزاد در بدو

تولد: اطلاعات زایمانی که در سامانه

ثبت موالید وارد شده است و در

شماره پرونده	نام خانوادگی پدر	نظام مراقبت تخصصی نوزادان - ۱۳۹۴	بیمارستان
بستری در بخش ☐ مراقبت ویژه نوزادان (NICU) ☐ مراقبت تخصصی نوزادان (NSCU) ☐ بویستری			
تاریخ و ساعت پذیرش	چگونگی پذیرش ☐ بعد از تولد در همین بیمارستان ☐ انتقال از بیمارستان دیگر ☐ از منزل یا سایر	شماره تلفن همراه یکی از والدین	نام بیمارستان ارجاع دهنده
آدرس محل زندگی والدین استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا:			
نام خانوادگی نوزاد	کد ملی نوزاد	میت نوزاد	نوع بیمه نوزاد
		☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی	

صورت جستجوی کد ملی مادر اطلاعات روی فرم بارگذاری می شود.

۳- عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان: اضافه بر اطلاعات زایمانی که در سامانه ثبت موالید وارد شده است مواردی

مانند پارگی زودرس کیسه آب، دکلمان جفت و... تکمیل می شود.

۴- علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش: شکایت اصلی نوزاد که باعث بستری نوزاد شده است.

۵- تشخیص ها و عوارض حین بستری: شامل تشخیص ها و عوارض در بدو ورود یا حین بستری نوزادمانند زردی،

آسفیکسی و غیره در این قسمت تکمیل می شود

۶- اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری): این قسمت باید اقدامات درمانی انجام شده مانند استفاده از

تهویه مکانیکی و... تکمیل شود.

۷- وضعیت هنگام ترخیص: شامل وزن و تغذیه در هنگام ترخیص و سرانجام نوزاد و مدت اقامت بیمارستان در این

قسمت تکمیل می شود.

مشخصات اولیه نوزاد:

نام و نام خانوادگی نوزاد: در صورت نداشتن شناسنامه از نام خانوادگی پدر استفاده کنید.

کد ملی: برای هر نوزادی منحصر بفرد است. درج کد ملی نوزاد در صورت ایرانی بودن با درجه اهمیت زیاد توصیه می

شود. لذا بلافاصله بعد از بستری شدن نوزاد در بیمارستان پدر یا بستگان نوزاد را ترقیب به گرفتن کد ملی نوزاد یا

شناسنامه بنمایید.

نوع بیمه نوزاد: در بدو پذیرش بیمه پدر نوزاد را حتماً چک کنید.

بستری در بخش: در صورت بستری اولیه نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش مراقبت تخصصی نوزادان آن را تیک بزنید. در نوزادی که ابتدا در بخش مراقبت تخصصی نوزادان بستری شده و بعد از وخامت بالینی به بخش مراقبت ویژه نوزادان انتقال یافته است باید بخش مراقبت تخصصی انتخاب شود.

آدرس محل زندگی والدین: آدرس محل زندگی والدین در قالب استان، شهر/ شهرستان، منطقه/دهستان و روستا
تاریخ بستری: زمان پذیرش می تواند با زمان تولد متفاوت باشد این مخصوصاً در مواردی است که نوزاد اعزامی می باشد نباید این دو را اشتباه کرد.

ساعت بستری: ساعت بستری را ثبت کنید اگر نوزاد در نیمه شب بستری شده است از ...:۰۰:۰۰ استفاده کنید
چگونگی پذیرش: نحوه پذیرش را از ۳ حالت زیر مشخص کنید:

- بعد از تولد در همین بیمارستان
- انتقال از بیمارستان دیگر
- منزل یا سایر

اگر نوزاد از بیمارستان دیگری انتقال شده باشد نام دانشگاه، شهرستان و بیمارستان را مشخص کنید.

محل تولد نوزاد: محل تولد نوزاد را از حالت های زیر مشخص کنید:

همین بیمارستان ☐ بیمارستان دیگر ☐ منزل ☐ در راه انتقال ☐ سایر

اگر نوزاد در بیمارستان دیگری متولد شده باشد نام دانشگاه، شهرستان و بیمارستان آن را مشخص کنید.

علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش

شرایط و علت بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزاد در این قسمت مد نظر بوده و یک یا چند مورد را از موارد مربوطه را می توانید تیک بزنید.

☐ نیازمند عملیات احیاء: نوزادی که بدو ورود به بخش نیاز به عملیات احیاء اولیه داشته است. این مورد شامل گامهای

نخستین احیاء، تهویه با فشار مثبت یا موارد احیاء پیشرفته می باشد. در صورت انتخاب این مورد وارد کردن "BE"

هنگام بستری اجباری خواهد بود.

علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش

☐ نیازمند احیاء قلبی ریوی	☐ در حال دریافت تهویه با لوله نای	☐ در حال دریافت NCPAP	☐ دیسترس تنفسی	☐ سیانوتیک	☐ شوک /کما
☐ آریتمی	☐ تشنج	☐ بیقراری	☐ هیپوتون	☐ ناهنجاری	☐ نیاز به عمل جراحی
☐ اشکال در تغذیه	☐ هیپوترم	☐ شک به عفونت	☐ زردی	☐ نارسی	☐ سایر موارد:

☐ در صورتی که نوزاد انتوبه بوده و در حال تهویه با لوله می باشد گزینه "☐ در حال دریافت تهویه با لوله نای" را انتخاب

نمایید. در صورت انتخاب این مورد وارد کردن "BE **هنگام بستری**" اجباری خواهد بود.

☐ در صورتی که نوزاد در حال دریافت سیپاپ با دستگاه احیاء تیپیس یا هر وسیله دیگری هست مورد "☐ در حال

دریافت NCPAP" را انتخاب نمایید. در صورت انتخاب این مورد وارد کردن "BE **هنگام بستری**" اجباری خواهد بود.

☐ در صورت وجود ناله، تعداد تنفس بیشتر از ۶۰ تنفس در دقیقه یا زجر تنفس این مورد را انتخاب نمایید. در صورت

انتخاب این مورد وارد کردن "BE **هنگام بستری**" اجباری خواهد بود.

- در باقی موارد در صورت مشاهده هرکدام از موارد اعم از سیانوتیک، شوک /کما، آریتمی، تشنج، بیقراری، هیپوتون، ناهنجاری، نیاز به عمل جراحی، هیپوگلیسمی، اشکال در تغذی، هیپوترم، شک به عفونت، زردی و نارسى مورد مقتضى انتخاب شود.
- در نظر داشته باشید که در صورت انتخاب بیقراری، ناهنجاری، نیاز به عمل جراحی، هیپوگلیسمی، اشکال در تغذیه، هیپوتونی، هیپوترمی، شک به عفونت، زردی، نارسى و سایر موارد گزینه "**BE هنگام بستری**" اجباری نخواهد بود.
- در صورت انتخاب "نارسى" با وجود آن که سن حاملگی نوزاد ۳۷ هفته و بیشتر باشد پیغام زیر را مشاهده خواهد شد: "سن بارداری در اطلاعات ثبت زایمان ۳۷ هفته یا بیشتر ثبت شده است. در صورت اصرار شما به نارس بودن الزاماً باید داده های ثبت زایمانی ابتدا ویرایش شده سپس به انتخاب "نارسى" مبادرت ورزید.

ادامه مشخصات اولیه نوزاد:

وزن هنگام بستری: وزن باید به گرم ثبت شود اگر مجبور به تخمین وزن باشید از وزن تخمینی استفاده کنید.

دور سر هنگام بستری: اولین دورسر OFC به سانتی متر اندازه گیری شده بعد از پذیرش مطابق گزارش پرستار یا پزشک بکار می رود. اگر بین دو اندازه گیری اختلاف باشد اندازه گیری بعمل آمده توسط پرستار ثبت شود. اگر اندازه گیری دور سر بعد ساعت ۴۸ تولد اتفاق بیفتد آنرا خالی بگذارید.

دمای بدن: بر اساس سلسیوس ثبت می شود و در عرض ۵ دقیقه اول بستری باید صورت بگیرد اگر بعد از این مدت صورت بگیرد محل آنرا خالی بگذارید. از روش اگزیلاری استفاده کنید از پروبهای پوستی استفاده نکنید.

بس اکسس^۱ (BE): مقدار بازی که در خون وجود دارد که از اندازه گیری ABG بیمار بدست می آید که تعیین کننده اختلال اسید و باز به علت مشکلات تنفسی یا متابولیک یا هر دو می باشد. معمولاً واحد به mEq/L می باشد و محدوده نرمال آن $-2 \text{ to } +2 \text{ mEq/L}$ می باشد. که بیشتر از ۱۶ - یکی از شاخص های مهم آسفیکسی است.

وضعیت پذیرش: اگر نوزاد به بیمارستان دیگری برای جراحی یا درمان طبی و در عرض کمتر از ۲۴ h برگردد، بسترب مجدد^۲ بحساب نمی آید ولی اگر اقامت در بیمارستان دیگر بالای ۲۴ h اتفاق بیفتد و دوباره به بیمارستان مبدا برگردد باید دوباره از اول داده تکمیل کرد.

شماره ملی مادر: برای جستجوی اطلاعات تولد نوزاد (اطلاعات زایمانی) شماره ملی مادر ضروری است در صورتی دسترسی به شماره ملی مادر مقدور نباشد باید اطلاعات زایمانی مادر و نوزاد (ثبت موالید) تکمیل شود.

عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان:

دراین قسمت اطلاعات اضافی است که درسامانه ثبت ولادت نوزاد و مادر ثبت نشده است که در صورت وجود داشتن هریک از مشکلات زیر ثبت گردد.

- پارگی زودرس: پارگی کیسه آب و مدت زمان آن به ساعت ثبت شود
- دکلمان جفت
- ضربان قلب جنینی مختل
- استفاده از کورتیکو استروئید پیش از زایمان
- آغشته به مکنونیوم

^۱ Base Excess

^۲ Readmission

- اختلال در بیوفیزیكال پروفایل
- اعتیاد مادر به مواد مخدر یا دارو

تشخیص ها (در بدو ورود یا حین بستری):

تشخیص ها و عوارض حین بستری	
☐ سیستم عصبی: ☐ قلبی عروقی: ☐ تنفسی: ☐ گوارشی: ☐ ادراری تناسلی:	☐ اسهال: ☐ یبوست: ☐ چشم، گوش و گردن: ☐ اختلال گروموزومی: ☐ سایر موارد:
☐ سندرم دیسترس تنفسی ☐ سندرم آپیراسیون مکنونیوم ☐ ناکلی پنه گذرای نوزادی (TTN) ☐ هیپرتانسیون شریانی ریوی (PPHN)	☐ پنومونی ☐ مجرای شریانی باز: ☐ متوسط ☐ اکر ☐ بالینی ☐ سندرم های نشت هوا: ☐ پنومودیاستاز ☐ پنوموتوراکس ☐ PIE ☐ بیماری مزمن ریوی (CLD): ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید
☐ آسفیکسی: ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید ☐ سندرم معرویت ☐ تشنج	☐ خونریزی ریوی ☐ گرید ۱ ☐ گرید ۲ ☐ گرید ۳ ☐ گرید ۴ ☐ خونریزی داخل بطنی (IVH): ☐ درجه ۱ یا ۲ ☐ درجه ۳ یا ۴
☐ عفونت ادراری ☐ عفونت بطنی ☐ عفونت ریوی	☐ عفونت اولیه: ☐ با کشت مثبت ☐ بدون کشت مثبت ☐ عفونت بیمارستانی: ☐ کشت مثبت ☐ بدون کشت مثبت
☐ بیماری های متابولیک ارثی ☐ هیپوگلیسمی: ☐ گذرا ☐ مقاوم	☐ هیپوترمی: ☐ هیپوگلیسمی: ☐ مرحله ۱ ☐ مرحله ۲ ☐ مرحله ۳
☐ زردی: ☐ زردی: ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید	☐ زردی: ☐ زردی: ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید
☐ سندرم دیسترس تنفسی ☐ سندرم آپیراسیون مکنونیوم ☐ ناکلی پنه گذرای نوزادی (TTN) ☐ هیپرتانسیون شریانی ریوی (PPHN)	☐ سندرم دیسترس تنفسی ☐ سندرم آپیراسیون مکنونیوم ☐ ناکلی پنه گذرای نوزادی (TTN) ☐ هیپرتانسیون شریانی ریوی (PPHN)

تشخیص ها در ۸ سرده (حاشیه رنگی) ناهنجاری، اختلالات تنفسی و قلبی عروقی، اعصاب، عفونت، متابولیک، گوارشی و سایر موارد قرار داده شده است. ابتدا یکی از گزینه های سرده ها (به جز رتینوپاتی نارس) را انتخاب نموده، سپس گزینه های مرتبط با هر سرده را تیک بزنید. انتخاب حداقل یک گزینه از سرده ها اجباری است.

و در صورت انتخاب هر کدام از سرده ها

حداقل یک مورد از آیتم های مربوط به آن را باید انتخاب نمایید. در صورت انتخاب مجرای شریانی باز، سندرم های نشت هوا یا بیماری مزمن ریوی، آسفیکسی، عفونت، انترکولیت نکروران و هیپوگلیسمی باید یکی از موارد مقابل آن را که تشخیص نوزاد را مشخص تر می کند تکمیل نمایید. این امر اجباری می باشد.

• ناهنجاری: تمامی ناهنجاری های بدو تولد تأیید شده را ثبت کنید. بعد از مشخص کردن سرده ناهنجاری نام آن

را در مقابل آن ذکر کنید. مثلاً در صورتی که پزشک تشخیص هرنی دیافراگماتیک را داده باشد، ابتدا ناهنجاری تنفسی را انتخاب کرده و مقابل آن هرنی دیافراگماتیک را درج نمایید. ناهنجاری های ثبت شده در سامانه ثبت زایمانی به این قسمت به صورت خودکار انتقال یافته است. اگر شما آنها را اشتباه تشخیص می دهید می توانید ضمن اضافه کردن آنها را ویرایش نیز نمایید. در صورت عدم وجود ناهنجاری و تیک خوردن آن در داده های ثبت زایمانی شما قادر خواهید بود تیک وجود یا عدم وجود ناهنجاری را تبدیل "خیر" نمایید.

○ ناهنجاری بدو تولد قلبی الزاماً بعد از انجام اکوکاردیوگرافی توسط یک فوق تخصص قلب کودکان انجام شده باشد.

○ ناهنجاری بدو تولد سیستم عصبی، دستگاه گوارش و، ادراری تناسلی بعد از انجام تصویر برداری (سونوگرافی یا CT-scan) یا مشاهده ناهنجاری های قابل مشاهده مانند منگو میوسل، گاستروژنیا یا دکستروفی مسانه تأیید می گردد.

○ ناهنجاری کروموزومال در صورت مشاهده شواهد بالینی واضح در سندرم داون، تریزومی ۱۸ و ۱۳ می توانید این موارد را انتخاب نمایید. در غیر این صورت مشاهده تست کاریوتایپ الزامی می باشد.

تشخیص ها و عوارض حین بستری	
☐ سندرم دیسترس تنفسی ☐ سندرم آپیراسیون مکنونیوم ☐ ناکلی پنه گذرای نوزادی (TTN) ☐ هیپرتانسیون شریانی ریوی (PPHN)	☐ پنومونی ☐ مجرای شریانی باز: ☐ متوسط ☐ اکر ☐ بالینی ☐ سندرم های نشت هوا: ☐ پنومودیاستاز ☐ پنوموتوراکس ☐ PIE ☐ بیماری مزمن ریوی (CLD): ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید

تنفسی و قلبی عروقی:

- **سندرم دیسترس تنفسی:** باید در عرض ۲ روز اول بعد از تولد تشخیص داده شود اگر معیارهای زیر را داشته باشد آنرا انتخاب می کنیم.
 - ۱- گزارش CXR از روز اول یا دوم نشانگر HMD است.
 - ۲- براساس علائم بالینی (گرانینگ رتراکسیون بین دنده ای یا نیاز به اکسیژن پزشکان آنرا RDS قلمداد کردند).
 - ۳- نیاز به تجویز سورفاکتانت در طی روز اول یا دوم (غیر از موارد مربوط به درمان مکنونیوم اسپیراسیون پنومونی یا خونریزی ریوی).
 - ۴- این نوزادان در اغلب موارد نیاز به حمایت تنفسی پیدا می کنند.
- **تاکی پنه گذرای نوزادی (TTN):** تشخیص توسط شرح حال دیسترس تنفسی کوتاه مدت که نوزاد معمولاً نیاز به حمایت ها تنفسی تحاجمی نداشته و معمولاً خیلی سریع به سیپاپ پاسخ داده و شواهد مشخص در گرافی ریه دارد.
- **هیپرتانسیون شریان ریوی (PPHN):** تشخیص آن معمولاً توسط اکوکاردیوگرافی یا شواهد بالینی تایید کننده داده می شود. در صورت استفاده از داروه های گاز NO یا سیلدنافیل یا تهویه نوزاد توسط مود HFO تشخیص بالینی پزشک احتمالاً PPHN بوده است.
- **پنومونی:** در صورت تشخیص پنومونی مادرزادی یا پنومونی اسپیراتیو این مورد را تیک بزنید.
- **خون ریزی ریوی:** در صورت بیرون زدن خون روشن از طریق دهان یا لوله تراشه که همراه با بدحالی ناگهانی نوزاد باشد. بروز این شواهد بدون تایید رادیوگرافی ریه در صورتی که پزشک تشخیص را تایید نماید معتبر خواهد بود. این عارضه همراه با میزان مرگ و میر بالا می باشد.
- **سندرم های نشت هوا:** شامل سه نوع است:
 - پنوموتوراکس: تشخیص آن براساس گرافی، ترنس ایلومیناتور یا توراکو سنتز است و قرار دادن Chest Tube برای تشخیص ضروری نمی باشد.
 - پنومومدیاستن: تشخیص آن با مشاهده گرافی سینه است.
 - PIE یا آنفیزم نسج بینابینی ریه: توسط مشاهده گرافی ریه تشخیص داده می شود. در رادیوگرافی نسج ریه شبیه به لانه زنبور لانه لانه شده و ریه به شدت پرباد به نظر می رسد. معمولاً این نوع از نشت هوا ریه تبدیل به پنوموتوراکس شده و در نهایت منجر به مرگ نوزاد می گردد.
- **مجرای شریانی باز: تشخیص PDA** به روش مشاهده شواهد بالینی و اکوکاردیوگرافی می باشد. تشخیص قطعی توسط اکوکاردیوگرافی می باشد. اگر نوزاد در طی بستری از داروی ایندومتاسین یا ایبوپروفن خوراکی یا تزریقی استفاده کرده باشد نشان دهند تشخیص پزشک در این خصوص می باشد.
- **بیماری مزمن ریوی (CLD):**
 - تشخیص بیماری مزمن ریوی در هر نوزادی که بعلت بیماری پارانشیمال ریه بعد از ۲۸ روزگی نیاز به اکسیژن ۲۱ درصد داشته باشد، داده می شود.
 - برای ارزیابی شدت CLD از جدول زیر استفاده می شود. نوزادان دارای CLD در مقاطع زمانی یاد شده در جدول زیر ارزیابی شده و شدت آن مشخص می شود.

سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته و بیشتر سن تقویمی بیشتر از ۲۸ روزگی ولی کمتر از ۵۶ روز یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته در ۳۶ هفتگی بعد از لقاء یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	مقطع زمانی ارزیابی
قادر به تنفس در هوای اتاق باشد در روز ۵۶ تولد یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	قادر به تنفس در هوای اتاق باشد در مقطع زمانی ۳۶ هفتگی بعد از لقاء یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	CLD خفیف
نیاز به اکسیژن کمتر از ۳۰ درصد داشته باشد در روز ۵۶ تولد یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	نیاز به اکسیژن کمتر از ۳۰ درصد داشته باشد در مقطع زمانی ۳۶ هفتگی بعد از لقاء یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	CLD متوسط
نیاز به اکسیژن بیشتر یا مساوی ۳۰ درصد و/یا تهویه با فشار مثبت (NCPAP / IMV) داشته باشد در روز ۵۶ تولد یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	نیاز به اکسیژن بیشتر یا مساوی ۳۰ درصد و/یا تهویه با فشار مثبت (NCPAP / IMV) داشته باشد در مقطع زمانی ۳۶ هفتگی بعد از لقاء یا ترخیص به منزل (هرکدام که زودتر فرا برسد)	CLD شدید

☐ خیر ☐ پله	☐ آسفیگسی: ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید ☐ سندرم محرومیت ☐ تشنج ☐ خونریزی داخل بطنی (IVH): ☐ درجه ۱ یا ۲ ☐ درجه ۳ یا ۴	☐ لکومالسی اطراف بطن: ☐ گرید ۱ ☐ گرید ۲ ☐ گرید ۳ ☐ گرید ۴
--	--	--

• اعصاب:

○ آسفیگسی: تشخیصی با وجود موارد زیر داده می شود.

۱. PH بند ناف باید کمتر از ۷,۱۰ و/یا BE کمتر از -۱۶ باشد و
۲. نمره آپکار باید کمتر یا مساوی ۶ در دقیقه ۵ و/یا در دقیقه ۱۰ نیاز به تهویه با فشار مثبت به علت توقف تنفسی

۳. هر دو مورد فوق بعلاوه یکی از موارد زیر:

• علائم و نشانه های اختلال عصبی مانند:

- یک بار تشنج در ۷۲ ساعت اول تولد و/یا
- سه مورد از علائم زیر (حداقل ۲ ساعت بعد از تولد):

- از بین رفتن مورو
- از بین رفتن گرسپ
- از بین رفتن ساکینگ
- شلی
- حرکات غیر عادی

• اختلال چند ارگان که در ۳ روز اول تولد و حداقل ۲ ارگان زیر را درگیر کرده باشد:

- نارسایی کلیه
- نارسایی تنفسی یا خونریزی ریه
- نارسایی قلبی
- انترکولیت نکرولوز
- مشکلات خونی مانند ترومبوسیتوپنی و یا D

۴. سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۲۶ هفته

مشخص کردن شدت آسفیگسی: شدت آسفیمسی به صورت کلینیکی و توسط جدول زیر به دست می آید:

درجه ۱	درجه ۲	درجه ۳
سطح هوشیاری	خواب آلود	کما
تون	مختصر غیر طبیعی (هیپوتون یا هیپرتون)	هیپوتونی شدید
	طبیعی (هیپوتون یا گسسته)	
مکیدن	نرمال	ضعیف
		وجود ندارد

رفلکس های اولیه	افزایش یافته	ضعیف	وجود ندارد
تشنج	وجود ندارد	وجود دارد	وجود دارد
رفلکس های پایه مغز	نرمال	نرمال	مختل
نتفس	تاکی پنه	همراه با آپنه	آپنه شدید

- **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.
- **تشنج:** در صورت بروز تشنج و به تایید رسیدن آن توسط پزشک بدون توكه به علت یا نوع آن این مورد را انتخاب نکنید.
- **خونریزی داخل بطنی:** اگر در طی اقامت در NICU سونوگرافی مجموعه بعمل آید آنرا تیک بزیند"
 - اگر خونریزی در ژرمینال ماتریکس اتفاق بیفتد آنرا گرید I
 - اگر شواهد خونریزی داخل بطن باشد آنرا گرید II گویند.
 - در گرید III خونریزی داخل بطنی همراه با بزرگی بطنها اتفاق می افتد.
 - در گرید IV خونریزی داخل پارانشیم مغز اتفاق می افتد. اگر گرید خون ریزی ها در دو نیم کره متفاوت است، گرید بیشتر را انتخاب نمایید.
- لکومالسی اطراف بطن ها: در هنگام ترخیص از بیمارستان نوزادان نارس کمتر از ۱۵۰۰ گرم الزاما باید

عقونت: ○ بدنه ○ خیر	○ با کشت مثبت ○ بدون کشت مثبت	○ عفونت بیمارستانی: ○ کشت مثبت ○ بدون کشت مثبت	○ عفونت ادراری
منزیت			

سونوگرافی مجموعه شوند. باید از در برگه مشورت از رادیولوژیست خواسته شود که وجود و یا ادم وجود لوکوکالسی را مشخص کرده و بر اساس یافته های سونوگرافیک شدت آن را با مشخصات جدول زیر مشخص نماید:

- گرید ۱ اکودنسیته اطراف بطنی (PVE) (بیشتر از ۷ روز)
- گرید ۲ PVE به ضایعات کیستیک محدود شده در ناحیه فرونتوپرییتال مغز تبدیل شده است.
- گرید ۳ PVE به ضایعات کیستیک گسترده در اطراف بطن ها تبدیل شده است.
- گرید ۴ PVE به ضایعات کیستیک گسترده در اطراف بطن ها و سابکورتکس تبدیل شده است.

○

- **عقونت:** عقونت، عقونت بیمارستانی، منژیت و عقونت ادراری در این دسته قرار دارد:
 - عقونت: در صورتی که نوزاد به ۷۲ ساعت نخست بستری شدن تشخیصی عقونت داده شود
 - عقونت بیمارستانی: در صورتی که نوزاد بعد از ۷۲ ساعت بستری علائم و نشانه های عقونت را نشان بدهد.
 - در صورت تیک خوردن مورد شک به عقونت در قسمت "علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش" و عدم انتخاب هیچکدام از موارد این قسمت شما پیغام هشدار مربوطه را دریافت خواهید کرد.

متابولیک: ☐ بله ☐ خیر	☐ بیماری های متابولیک ارثی	☐ دهیدراتاسیون هیپرناترمیک	☐ هیپوترئیدی
☐ هیپوگلیسمی:	☐ گذرا ☐ مقاوم	☐ هیپوکلسمی	☐ استوئینی نارس

• اختلالات متابولیک:

- بیماری های متابولیک ارثی: تایید تشخیص توسط پزشک باید صورت گیرد. لطفا در صورت مشخص بود شواهد تایید کننده بیماری متابولیک مانند وجود آزمایشات بیوشیمیایی مشخص و قابل استناد این گزینه را انتخاب نمایید. شک به بیماری متابولیک نمی تواند به عنوان مدرک قابل اسناد در نظر گرفته شود.
- دهیدراتاسیون هیپرناترمیک: در صورت بروز هیپرناترمی (سدیم خون بیشتر از ۱۴۵) و همراهی آن با اختلال تغذیه و کم آبی شدید نوزاد مخصوصا اگر شواهدی از اختلال عملکرد کلیه وجود داشته باشد این تشخیص مطرح می باشد. تایید تشخیص پزشک لازم می باشد.
- هیپوگلیسمی: در صورت وجود قند خون کمتر از ۴۷ در هر زمانی از مدت بستری و تشخیص هیپوگلیسمی توسط پزشک، الزاما باید این گزینه تیک بخورد. در صورتی که برای درمان هیپوگلیسمی نیاز به استفاده بیشتر از 12mg/kg/min داشته یا بیشتر از ۵ الی ۷ روز طول کشیده باشد. معمولا در این بیماران داروهای دیازوکساید یا اوکتروتاید استفاده می شود. در این صورت هیپوگلیسمی مقاوم تیک بخورد. در غیر این صورت مورد گذرا را نشانگذاری نمایید.
- در صورتی که در قسمت "علائم و شکایت اصلی نوزاد بدو ورود به بخش" گزینه هیپوگلیسمی انتخاب شده باشد و هیپوگلیسمی در قسمت تشخیص ها انتخاب نشده باشد، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
- هیپوکلسمی: تشخیص هیپوکلسمی توسط پزشک داده می شود.

گوارشی: ☐ بله ☐ خیر	☐ اشکال در تغذیه	☐ انترلوکیت نکروزان (NEC):	☐ مرحله ۱ ☐ مرحله ۲ ☐ مرحله ۳
---	---	---	---

• گوارشی:

- اشکال در تغذیه: در صورتی که نوزاد به علت عدم تحمل تغذیه یا هر گونه اشکالی که در بخش همراه مادر نوزاد قادر به تغذیه نشده و نیاز به مراقبت های تخصصی در راستای تامین تغذیه مناسب اعم از تغذیه روده ای یا وریدی داشته است جزو این بیماری تقسیم بندی شده و در صورت بروز این مورد باید انتخاب شود.

- انترلوکیت نکروزان (NEC): تعریف و دسته بندی NEC بر اساس جدول زیر صورت می گیرد:

مرحله	دسته بندی	علائم عمومی	علائم شکمی	شواهد رادیولوژیک
I A	مشکوک	عدم پایداری دما، آبنه، برادیکاردی، لتارژی	باقیمانده معدوی، اتساع شکم، استفراغ، مثبت شدن تست خون در مدفوع	نرمال یا اتساع روده ای یا ایلئوس ملایم
I B	مشکوک	مانند بالا	مشاهده خون واضح در مدفوع	مانند بالا

II A تایید تشخیص،
بیماری ملایم
مانند بالا
مانند بالا بعلاوه عدم
سمع صداهای روده
ای با یا بدون حساس
اتساع روده ایی ملایم و مشاهده هوا در
جدار روده
بودن شکم

II B تایید تشخیص،
بیماری متوسط
مانند بالا و اسیدوز
متابولیک ملایم و افت
پلاکت
مانند بالا بعلاوه
حساس شدن مشخص
شکم با یا بدون
سلولیت جدار شکم
یا توده شکمی در یک
چهارم پایین و راست
شکم

III A پیشرفته، روده
ها پاره نشده
است
مانند مورد II B
بعلاوه آینه شدید،
اسیدوز متابولیک و
تنفسی مخلوط،
نوتروپنی، برادیکاردی
و افت فشار خون
مشاهدات مشخص
پریتونیت شکم،
حساس بودن شدید
شکم و اتساع شدید
شکم

III B پیشرفته، روده ها پاره شده اند
مانند مورد III A
مانند مورد III A
مانند بالا بعلاوه
وجود هوا در
پریتون

ROP: نیاز به معاینه ROP ندارد ☐ معاینه شده ROP دارد ☐ معاینه نشده است ☐ نیاز به درمان نداشت ☐ درمان با لیزر ☐ درمان با تزریق آواستین

- **رتینوپاتی نارسى:** اگر در مدت بستری نوزاد معاینه ROP شده است مورد "○" معاینه شده است "○" را تیک بزنید. در این قسمت الزاماً انتخاب یک مورد اجباری است. در صورت عدم نیاز گزینه مربوطه را تیک بزنید.
- در صورت تشخیص رتینوپاتی نارسى گزینه "□ **رتینوپاتی نارسى:**" را تیک زده و مشخص کنید که آیا نیاز به اقدام درمانی داشته است. این موضوع فقط در طی بستری بیمار در بیمارستان مد نظر بوده و بعد از ترخیص از بیمارستان را شامل نمی شود. در صورت نرمال بودن چشم نوزاد در معاینه رتین "□ **رتینوپاتی نارسى:**" را خالی بگذارید.

اقدامات درمانی و اعمال جراحی (در طی بستری):

انتخاب حداقل یک مورد از موارد حاشیه سبز رنگ اجباری است. ابتدا یکی از آیتم های حاشیه سبز رنگ را انتخاب نموده، سپس گزینه های مرتبط با هر دسته را تیک بزنید. سپس حداقل یک مورد از آیتم های مربوط به آن را باید انتخاب نمایید.

مدت روز:	☐ استفاده از NIPPV:	مدت روز:	☐ استفاده از اکسیژن اضافی:	حمایت تنفسی: ☐ بله ☐ خیر
مدت روز:	☐ استفاده از تهویه مکانیکی	مدت روز:	☐ استفاده از HFNC:	
مدت روز:	☐ استفاده از HFO	مدت روز:	☐ استفاده از NCPAP:	

- **حمایت تنفسی:** در صورتی که نوزاد در طی بستری از هر نوعی از حمایت تنفسی اعم از اکسیژن ساده گرفته تا تهویه تهاجمی پرمسامد (HFO) استفاده کرده باشد، ثبت می شود. معمولاً یک نوزاد دارای مشکل تنفسی باید یکی از موارد زیر را دریافت کرده باشد. مدت زمان استفاده نوزاد از آن به روز نیز ثبت می شود. در صورتی که نوزادی از مدت زمانی کمتر از ۱ روز استفاده کرده باشد توصیه می شود ساعت استفاده تقسیم بر ۲۴ ساعت شده و به صورت اعشار ثبت شود. مثلاً اگر نوزادی به مدت ۶ ساعت تحت NCPAP و مدت ۱۲ ساعت HFNC گرفته است به صورت ۰٫۲۵ روز NCPAP و ۰٫۵ روز HFNC شود.
- **استفاده از اکسیژن اضافی:** در صورت نیاز نوزاد به هود اکسیژن، Low Flow Nasal Cannula یا اکسیژن در اینکوباتور این مورد را انتخاب نمایید.
- **High-flow nasal cannula (HFNC):** تجویز مخلوط هوا و اکسیژن توسط کانولای بینی با سرعت جریان ۲-۶ لیتر در دقیقه بعد از گرم شدن توسط هیمیدیوفایر HFNC تلقی می شود.
- **Non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV):** یک روش تهویه بصورت فشار مثبت راه هوایی بصورت غیرتهاجمی از طریق پروب بینی یا ماسک می باشد. BiPAP و SiPAP نیز جزو مود های تهویه مکانیکی غیر تهاجمی دسته بندی شده در این گروه می باشد.
- **Nasal continuous positive airway pressure (NCPAP):** استفاده از فشار مثبت به راه های هوایی نوزاد از طریق پروب بینی یا ماسک می باشد. Bubble CPAP نیز جزو این دسته تلقی می شود.
- **استفاده از تهویه مکانیکی:** تهویه مکانیکی شامل تمامی مود های تنفسی که به صورت اجباری نوزاد را تهویه می کند می شود شامل: IMV، SIMV، SIMV-PSV، AC و
- **استفاده از HFO:** منظور از HFO مود تهویه تهاجمی پرمسامد می باشد.
- در صورت انتخاب تشخیص های مشکلات تنفسی در قسمت تشخیص ها و عوارض مانند سندرم دیسترس تنفسی، سندرم آسپیراسیون مکنونیوم و . . . نوزاد به احتمال بسیار قوی حداقل یکی از انواع حمایت تنفسی را باید دریافت کرده باشد. در این حالت شما پیغام هشدار مربوطه را دریافت خواهید کرد.

تجویز سورفاکتانت:		نوبت اول: نوع سورفاکتانت:	مقدار به CC:	شیوه تجویز:	ساعت بعد از تولد:
بله ☐		نوبت دوم: نوع سورفاکتانت:	مقدار به CC:	شیوه تجویز:	ساعت بعد از تولد:
خیر ☐		نوبت سوم: نوع سورفاکتانت:	مقدار به CC:	شیوه تجویز:	ساعت بعد از تولد:
تعداد دفعات:		نوبت چهارم: نوع سورفاکتانت:	مقدار به CC:	شیوه تجویز:	ساعت بعد از تولد:

● تجویز سورفاکتانت:

- در صورت استفاده از سورفاکتانت تعداد دفعات تجویز آن ثبت شده و مشخصات تجویز تکمیل گردد. استفاده از هر نوع سورفاکتانتی باید ثبت کنید.
- در صورت انتخاب تجویز سورفاکتانت در صورتی که شما پیش از آن گزینه سندرم دیسترس تنفسی یا آسپیراسیون مکونیوم یا خونریزی ریه یا یا پنومونی را انتخاب نکرده بودید، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده می کنید.
- در صورت انتخاب بلی در مورد تجویز سورفاکتانت درج تعداد دفعات اجباری خواهد شد. تنها عدد یک تا ۴ را می توانید درج نمایید.
- در صورت تعیین تعداد دفعات اجباراً باید فقط همان تعداد نوبت ثبت شده را تکمیل نمایید. همچنین همان تعداد دفعات اجباری خواهد بود. تمام موارد درج شده در همان نوبت الزاماً باید پر شود.
- در صورتی که سن نوزاد در هنگام ثبت در نوبت اول از یک ساعت کمتر باشد آن را به صورت اعشار درج نمایید. مثلاً اگر نوزاد در دقیقه ۳۰ تولد سورفاکتانت گرفته است عدد 0.5 و اگر در دقیقه ۲۰ دریافت کرده است عدد ۰,۳۳ را ثبت نمایید. یعنی دقیقه مورد نظر را تقسیم بر ۶۰ کرده و عدد را با اعشار درج نمایید.
- در صورتی که در نوبت تجویز دوم سن درج شده مساوی یا کمتر از نوبت اول باشد (و به ترتیب در نوبت های بعدی) این پیغام هشدار مربوطه برای شما ظاهر خواهد شد.
- اگر سن نوزاد را بیشتر از ۷۲ ساعت درج نمایید این پیغام هشدار مربوطه برای شما ظاهر خواهد شد.

مداخلات درمانی: ☐ بله ☐ خیر	☐ استفاده از PICC	مدت به روز:	☐ گذاشتن جست تیوب	دفعات:
	☐ استفاده از کاتتر ورید نافی	مدت به روز:	☐ تجویز کلپول قرمز فشرده	دفعات:
	☐ تعویض خون		☐ تجویز دارو برای PDA:	دفعات:
	☐ تجویز IVIG		☐ سرما درمانی ☐ غیرفعال (وارمر خاموش) ☐ فعال (دستگاه سرد کننده)	
	☐ انجام هر گونه عمل جراحی در اتاق عمل		☐ سایر موارد:	
	☐ فوتوتراپی			

● مداخلات درمانی:

- **Peripherally inserted central catheter (PICC):** یک شکل از دسترسی وریدی از طریق وریدهای محیطی است که می تواند برای یک مدت طولانی (به عنوان مثال درمان طولانی آنتی بیوتیک، یا تغذیه تزریقی) استفاده شود. مدت زمان آن را به روز وارد کنید. در صورت انتخاب آن وارد کردن مدت آن اجباری خواهد بود.
- **استفاده از کاتتر نافی:** در صورت استفاده از کاتتر نافی به منظور تغذیه و تجویز مایعات این مورد را انتخاب نمایید. مدت زمان آن را به روز وارد کنید. در صورت انتخاب آن وارد کردن مدت آن اجباری خواهد بود.
- **تعویض خون:** در صورت انجام تعویض خون این مورد را انتخاب نمایید.

- در صورتی که این مورد را انتخاب نموده و قبل از آن گزینه زردی را به عنوان تشخیص تیک نزده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
- **تجویز IVIG:** در صورت تجویز IVIG به هر دلیلی اعم از عفونت یا ناسازگاری لطفاً این گزینه را تیک بزنید.
- در صورت انتخاب این مورد و عدم تیک خوردن هیچ کدام از موارد قسمت عفونت یا زردی یا سایر موارد پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
- **عملیات جراحی در اتاق عمل:** لطفاً از درج موارد عمل جراحی مانند چست تیوب، کاتتر گذاری که در بخش انجام می شود در این قسمت پرهیز نمایید. منظور فقط مواردی است که جراح در اتاق عمل و با بیهوشی انجام می شود.
- **فوتوترایی:** در صورت تجویز فوتوترایی سرف نظر از نوع آن این مورد انتخاب نمایید.
- در صورت انتخاب فوتوترایی به صورت اتوماتیک گزینه تشخیص زردی تیک خواهد خورد. در صورتی که شما تشخیص زردی را انتخاب نموده و فوتوترایی را تیک نزده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
- **گذاشتن چست تیوب:** در صورت گذاشته شدن چست تیوب چه در بخش مراقبت ویژه نوزادان و چه در اتاق عمل این گزینه را تیک زده و تعداد دفعه چست تیوبی گذاشتن را درج نمایید.
- در صورتی که برای نوزاد چست تیوب گذاشته شده و تشخیص سندرم نشت هوا یا عمل در اتاق عمل تیک نخورده باشد، این پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود.
- **تجویز گلوبول قرمز فشرده (Packed Cell):** در صورت تجویز PC در هر مقطعی از مراقبت اعم از بخش مراقبت ویژه نوزادان یا بخش مراقبت تخصصی نوزادان این مورد را انتخاب نموده و تعداد موارد تجویز را اشاره نمایید.
- **تجویز دارو برای PDA:** در صورت تشخیص و تجویز داروهای ایبوپروفن یا ایندومتاسین یا استامینوفن این گزینه انتخاب نموده و تعداد دفعات تجویز دارو برای بستن مجرای شریان باز موارد را درج نمایید. در صورت تجویز دیورتیک نباید تیک بخورد.
- در صورتی که شما گزینه درمان دارویی PDA را انتخاب کرده و گزینه تشخیص PDA را پیش از این انتخاب نکرده بودید، پیغام "آیا شما مطمئن هستید که نوزاد بدون تشخیص PDA درمان دارویی PDA دریافت کرده است."
- **سرما درمانی:** تلاش برای کاهش دمای بدن به زیر 35.5°C را می گویند وقتی تشخیص آسفیکسی برای نوزاد داده شده است. به دو صورت اعمال می گردد:
 - غیر فعال (وارمر خاموش): در این شیوه نوزاد بر روی وارمر خاموش قرار گرفته و مود دستگاه وارمر بر روی کنترل دستی تنظیم می شود. تنظیم دما در وارمر به گونه ای باید باشد که نوزاد گرم نشود. پرستار توسط دمای پوستی نوزاد ارزیابی مناسبی از دمای بدن وی دارد.
 - فعال (دستگاه سرد کننده): عمل سرد کردن بدن یا سر توسط دستگاه انجام می شود.
 - لازم به ذکر است که در صورتی که شما هر دو شیوه را برای یک نوزاد انجام داده اید نوع فعال را انتخاب نمایید. شما قادر نخواهید بود که هر دو مورد را تیک بزنید.

- در صورتی که شما سرمدارمانی را انتخاب کرده باشید، گزینه تشخیص آسفیکسی تیک خورده و شما اجباراً باید شدت آن را انتخاب نمایید.
- سایر موارد: در صورت نبودن اقدام درمانی انجام شده آن را در سایر موارد درج نمایید.

وضعیت هنگام ترخیص:

- تاریخ ترخیص/ فوت / انتقال: تاریخ ترخیص را ثبت کنید.
 - در صورتی که تاریخ ترخیص زنده نوزاد پیش از تاریخ بستری باشد این پیام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
 - ساعت ترخیص/ فوت / انتقال: ساعت ترخیص را ثبت کنید.
 - وزن هنگام ترخیص: وزن باید به گرم ثبت شود.
 - در صورتی که وزن هنگام ترخیص زنده نوزاد کمتر از وزن هنگام بستری باشد این پیام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
 - دور سر هنگام ترخیص: به سانتی متر اندازه گیری و ثبت شود.
 - در صورتی که دور سر هنگام ترخیص زنده نوزاد کمتر از دور سر هنگام بستری باشد پیام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
 - فرجام نوزادی: برای تایین فرجام نوزادی یکی از گزینه های مقابل فرجام نوزادی را انتخاب نمایید.
 - در صورتی که گزینه ترخیص زنده انتخاب شده باشد و وزن نوزاد هنگام ترخیص کمتر از ۱۵۰۰ گرم باشد شما پیام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
 - نوع تغذیه در هنگام ترخیص: را از حالت های زیر مشخص کنید
 - شیر مادر ○ شیر مصنوعی ○ شیر مادر تقویت شده ○ شیر مادر و شیر مصنوعی
- شیرمادر تقویت شده: شیرمادری که با تقویت کننده ها (مانند FMS) غنی شده باشد

وضعیت هنگام ترخیص

ساعت ترخیص / فوت / انتقال	تاریخ ترخیص / فوت / انتقال	دور سر هنگام ترخیص	وزن هنگام ترخیص
فرجام نوزاد ☐ ترخیص زنده ☐ فوت نوزاد ☐ انتقال به سایر بیمارستان ها ☐ رضایت شخصی			
نوع تغذیه هنگام ترخیص: ☐ شیر مادر ☐ شیر مصنوعی ☐ شیر مادر تقویت شده ☐ شیر مادر و شیر مصنوعی			
آیا درخواست انتقال نوزاد به بیمارستان دیگر صورت گرفته است؟ ☐ بله ☐ خیر			
علت درخواست انتقال به بیمارستان دیگر: ☐ نیاز به عمل جراحی ☐ نیاز به تجهیزات پیشرفته تر حیاتی ☐ درخواست والدین ☐ سایر موارد:			
موارد علت عدم انجام انتقال ☐ عدم وجود تخت خالی ☐ فوت قبل یا طی انتقال ☐ عدم موافقت والدین ☐ مشکلات تدارکاتی و جاده ای ☐ سایر موارد:			
انتقال نوزاد به بیمارستان: 			
علت اصلی مرگ: ☐ ناهنجاری بدو تولد ☐ آسفیکسی ☐ نارسی ($GA < 26w$) ☐ سندرم دیسترس تنفسی (RDS) ☐ عفونت ☐ سایر موارد:			
تعداد روز بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان		تعداد روز بستری در بخش مراقبت تخصصی نوزادان	

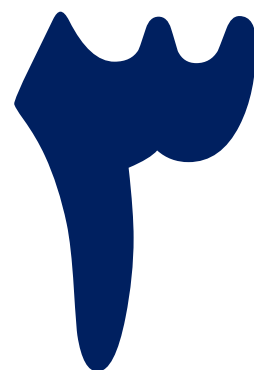
مهر و امضاء پرستار:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید

مهر و امضاء پزشک معالج:

۱. **ناهنجاری بدو تولد:** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده و عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافرآگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلو مننگوسل. از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.
 - در صورت انتخاب این گزینه باید الزاماً یکی از گزینه های ناهنجاری را در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده باشید. در غیر این صورت شما ا پیغام هشدار مربوطه را شما مشاهده خواهید کرد.
۲. **آسفیکسی:** 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.
 - در صورت تیک زدن این گزینه و وجود ناهنجاری مادرزادی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته داشته باشد، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود.
۳. **نارسی:** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته دارد این مورد را انتخاب نمایید.
 - در صورت تیک زدن این گزینه و وجود ناهنجاری مادرزادی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی بیشتر یا ۲۶ هفته داشته باشد و پیش از این تشخیص های ناهنجاری و آسفیکسی برای نوزاد انتخاب نشده است، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود.
۴. **سندرم دیسترس تنفسی:** 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 علیرقم آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته داشته باشد، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود (مورد سوم).
 - در صورت تیک زدن این گزینه و وجود ناهنجاری مادرزادی و/یا آسفیکسی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
۵. **عفونت:** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۸ هفته و سندرم دیسترس تنفسی را نداشته و علائم و نشانه های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و کشت وی مثبت بوده یا نشانه های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب نمایید.

- در صورتی که این گزینه را انتخاب کرده و در قسمت تشخیص ها یکی از گزینه های عفونت اعم از عفونت بیمارستانی، پنومونی، مننژیت یا عفونت معمولی تیک نخورده باشد پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته داشته باشد، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود. (مورد سوم).
 - در صورت تیک زدن این گزینه و وجود ناهنجاری مادرزادی یا آسفیکسی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
- ۶. موارد دیگر:** در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق نمرده است موارد دیگر را انتخاب نمایید. لطفا در صورت انتخاب این مورد علت مرگ نوزاد را قید نمایید.
- در صورت تیک زدن این گزینه و وجود ناهنجاری ارثی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
 - در صورت تیک زدن این گزینه و وجود آسفیکسی که قبل از این در قسمت تشخیص ها انتخاب کرده بوده باشید پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید کرد. در صورت تایید شما انتخاب شما پذیرفته خواهد شد.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته داشته باشد، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود.
 - در صورت تیک زدن این مورد، در مواردی که نوزاد سن حاملگی بیشتر از ۲۶ هفته داشته و شما تشخیص سندرم دیستر تنفسی را انتخاب کرده باشید، پیغام هشدار مربوطه را مشاهده خواهید نمود. اگر اسرار بر این است که علت مرگ نوزاد سندرم دیستر تنفسی نبوده است، این موضوع را تایید نمایید تا گزینه "موارد دیگر" تیک بخورد. سپس لطفا تشخیص خود به عنوان علت اصلی مرگ را قید نمایید.



فصل

راهنمای ثبت تحت وب فرم

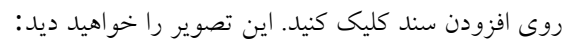
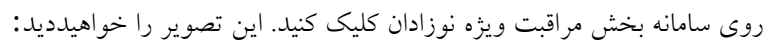
۱. برای شروع فرایند ثبت باید ابتدا فرم های کاغذی را در پرونده تمامی نوزادان بستری شده در بیمارستان گذاشته و در طی بستری نوزاد تکمیل شود.
۲. پیشنهاد ثبت سریع و کم دردسر تکمیل به موقع و بلافاصله سامانه ثبت زایمان است. در صورت ثبت داده های زایمانی بلافاصله بعد از تولد در سامانه نیاز به وارد کردن داده های زایمانی در بخش نوزادان نمی باشد. بنابراین ابتدا مطمئن شوید که این امر در اتاق زایمان و اتاق عمل صورت می گیرد.
 - می توانید شرایط را به گونهای مدیریت کنید که نوزادانی که به بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان ارجاع داخل بیمارستانی می شوند این امر تسهیل و تعجیل شود. منظور ثبت داده های زایمانی است.
۳. هنگام بستری نوزاد در بخش، بعد از پایدار کردن نوزاد و تشکیل پرونده صفحه نخست فرم را تکمیل نمایید. اطلاعات زایمانی که با رنگی متفاوت در میانه صفحه می باشد در صورتی که داده های زایمانی ثبت شده و مادر واجد کدملی صحیح باشد و رتبه قل به درستی درج شود سامانه به صورت اتوماتیک داده های ثبت زایمانی را واکشی خواهد کرد. در غیر این صورت سامانه خطا داده و شما مجبورید داده های را در فرم کاغذی وارد کرده و ثبت نمایید.
 - اگر مشاهده کردید داده های ثبت زایمانی صحیح نمی باشد می توانید آنها را در کاربرگ خود ویرایش نمایید. توصیه می شود بعد از تصحیح آن در کار برگ خود با عامل زایمان که مسئول ثبت داده ای زایمانی می باشد نیز موضوع را گوشزد کرده و داده های ثبت زایمانی نیز تصحیح گردد.
۴. توصیه می شود صفحه نخست پرینت شده و در پرونده بیمار قرار گیرد. این امر انتخابی بوده و در صورت مناسب و راحت بودن توصیه می گردد. برای مشاهده داده های زایمانی توسط پزشک و پرستاران این مهم می تواند مناسب باشد.
۵. در طی بستری نوزاد در بخش فرم توسط پرستاران و پزشکان محترم تکمیل شده و هنگامی که نوزاد مقرر شد همان روز یا فردای آن مرخص گردد (مخصوصا نوزادانی که پرونده قطوری داشته و مرور آن در روز آخر می تواند بسیار سخت باشد) فرم بازنگری و تکمیل مجدد می شود.
 - در بیمارستان هایی که ایترن، رزیدنت یا فلوشیپ دارند توصیه می شود تکمیل و نهایی کردن فرم توسط آنها صورت گرفته و توسط استاد مربوطه مهر و امضا شود.
 - در بیمارستان هایی که آموزشی نیست یا در صورت آموزشی بودن پزشکان فوق مشغول به فعالیت نیستند، پرستاران محترم بخش موظف به تکمیل نهایی بوده و در نهایت پزشک مسئول آن را مهر و امضا می کند.
۶. در انتها فرم را از پرونده جدا کرده و در زونکن مخصوصی که ویژه نگهداری . بایگانی کردن فرمها طراحی می شود گذاشته می شود.
۷. بلافاصله در همان روز باید فرم در سامانه بخش مراقبت ویژه نوزادان به صورت تحت وب ثبت شود.

ورود به سامانه ثبت برای اولین بار:

برای شروع فرایند باید به سایت زیر مراجعه نمایید

<http://www.iman.health.gov.ir/sites/۱۳۹۴/>

با نام کاربری و رمز عبور مرگ پرینتال بیمارستان خود وارد سایت شود. وارد صفحه ای با نمای زیر خواهید شد:



دانشگاه ، شهرستان و بیمارستان خود را انتخاب نمایید. به طور مثال دانشگاه اصفهان و شهر اصفهان و بیمارستان امام حسین انتخاب شده است. این تصویر را خواهد دید:

روی اطلاعات بخش NICU کلیک کنید. این تصویر را مشاهده خواهید کرد:



روی افزودن سند را کلیک کنید. این مورد در انتهای لیست می باشد. این تصویر را مشاهده خواهید کرد:

فرم را پر کرده و آن را ذخیره کنید. بعد از ذخیره آن به فرم سامانه بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان رفته و آن را refresh کنید
فرم آماده ورود داده ها می باشد.

ثبت داده ها به صورت تحت وب

بعد از تکمیل فرم و تایید و امضاء پرستار و پزشک مسئول توصیه می شود بلافاصله در سامانه بخش مراقبت ویژه نوزادان ثبت شود. وزارت بهداشت در حال طراحی و اجرای پروژه های مبتنی بر نرم افزار های اندرویدی و IOS، سایت های آموزشی، سامانه پیامک آموزشی رایگان بر پایه داده های ثبت شده و شماره تلفن همراه والدین بیمار است. در صورت روز آمد شدن ثبت داده های این فعالیت های آموزشی معنی دار و موثر تر خواهد بود.

- برای ثبت صفحه اول فرم اقدامات زیر را مرحله اجرا برسانید:

۱. در سایت ثبت سامانه بخش مراقبت

ویژه/تخصصی نوزادان بر روی سند جدید کلیک کنید. ابتدا مشخصات ثبت شده در فرم را تا مرتبه قل ها را وارد سیستم کرده و آیکون جستجو در ثبت زایمان را تیک بزنید. در صورت وارد شدن داده های زایمانی مادر سیستم باید به بتواند داده های مرتبط به مادر را از سامانه واکشی کند. در

صورت عدم وجود داده ها سامانه به شما پیغام خطا داده و از شما می خواهد داده ها را دستی وارد نمایید.

۲. بعد از پر کردن یا واکشی داده های مادری عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان را در سامانه وارد کرده و صفحه اول را ثبت و ذخیره نمایید. برای داشتن داده های زایمانی و مراقبت های دوران بارداری مادر در پرونده نوزاد می توانید این صفحه را پرینت کرده و در پرونده نوزاد قرار دهید.

- برای ثبت صفحه دوم مراحل زیر را به اجرا برسانید:

۱. ابتدا باید فرم مربوط به صفحه اول که در روز بستری نوزاد ثبت شده را برای ادامه ثبت پیدا کنید. برای این امر باید به نمای نوزادان ثبت شده خود رفته و نوزاد را بر اساس مشخصاتش پیدا کنید. در غیر این صورت می توانید با جستجو توسط شماره پرونده نوزاد را پیدا نمایید.

۲. بعد از ثبت داده های صفحه دوم بر اساس دستورالعمل فصل اول آن را به ثبت برسانید. برای داشتن اطلاعات ثبت شده در پرونده ها یا تحویل نسخه ای از خلاصه وضعیت نوزاد می توانید بر روی آیکن خلاصه پرونده کلیک کرده و آن را پرینت کرده و در اختیار والدین قرار دهید.



فصل

شاخص های بخش مراقبت ویژه نوزادان

مقدمه:

توسعه تحقیقات بر اساس داده های کلان و درست در بهبود پیامد های بستری نوزادان و کیفیت مراقبت از آنان نقش اساسی دارد.

با توجه به آنکه NICU و NSCU، یکی از هزینه برترین مراقبت های پزشکی در کودکان است، ایجاد و ادامه شبکه ثبت داده ها در واحدهای مراقبت ویژه و مراقبت تخصصی یک پایگاه داده تشکیل خواهد داد که زیر بنای تحقیقات در جهت ارتقا مراقبتها و کاهش مرگ و میر نوزادی و کاهش هزینه های مالی و معنوی خواهد بود.

در این بخش جهت یکسان سازی فرمت اطلاعات حاصل از داده های ثبت شده در دانشگاه های علوم پزشکی، تعدادی از جداول و نمودارها بر اساس داده های فرضی آورده شده است.

دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس این جداول و نمودارها میتوانند اطلاعات بیمارستانهای تحت پوشش خود را جمع بندی و بررسی نمایند.

در نهایت پس از بررسی صحت و اعتبار داده های ثبت شده توسط اداره نوزادان وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی، توصیف و تحلیل داده ها منتشر خواهد شد و مقایسه دانشگاه ها در سطح کشور جهت برنامه ریزی و سیاستگذاری امکان پذیر خواهد بود.

همچنین بر اساس کمیت و کیفیت داده های ثبت شده و همکاری پرسنل محترم دخیل در اجرای این طرح نشانگرها و شاخص های دیگر به این بخش اضافه خواهد شد.

جدول ۱- فراوانی مطلق بیمارستانهای ثبت کننده داده ها در هر دانشگاه به تفکیک نوع بیمارستان

نمودار ۱ - فراوانی نسبی فرجام نوزادی زایمان در کشور

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی مشخصات عمومی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی

جدول ۳- نحوه پذیرش نوزاد به بخش مراقبت ویژه نوزادان تعداد (درصد)

جدول ۴ - فراوانی نسبی و مطلق نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی به تفکیک وزنی

نمودار ۲- فراوانی نسبی و مطلق نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی به تفکیک سن بارداری

جدول ۵ - مشخصات حیات و مرگ نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی بر حسب سن بارداری

نمودار ۳- تعداد نوزادان بستری شده در بخشهای مراقبت ویژه و تخصصی برحسب سن بارداری طبقه بندی شده به تفکیک دانشگاه

جدول ۶ - فراوانی و درصد نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه و تخصصی نوزادان به تفکیک سن بارداری

نمودار ۴- توزیع سنی نوزادان پذیرش شده در بخش مراقبت های ویژه و مراقبت تخصصی نوزادان

نمودار ۵ - تعداد نوزادان پذیرش شده به واحد های NICU و NSCU بر حسب ماه

نمودار ۶ - تعداد نوزادان فوت شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب ماه

جدول ۷- میانگین وزن و قد نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک دانشگاه

جدول ۸- میانگین دور سر نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک جنس

جدول ۹- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب سن بارداری در زمان تولد

جدول ۱۰- شدت بیماری نوزادان بستری شده در بخش مراقبت های ویژه و تخصصی نوزادان (CRIB II)*

جدول ۱۱- علائم و شکایت اصلی نوزاد در بدو ورود به واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی

جدول ۱۲- مشخصات مادری نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی

نمودار ۷- فراوانی نسبی نوزادان در معرض عوامل خطر بارداری در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU

نمودار ۸- فراوانی نسبی عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU

جدول ۱۳- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب روش زایمان بر حسب سن بارداری

جدول ۱۴- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت ویژه و تخصصی بر حسب علت سزارین

جدول ۱۵- فراوانی مطلق و نسبی مداخلات انجام گرفته در زمان احیا در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی

جدول ۱۶- فراوانی مطلق و نسبی مداخلات انجام گرفته در زمان احیا در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی

نمودار ۹- فراوانی نسبی فرجام نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی

جدول ۱۷- میزان بقا نوزادان پذیرش شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک دانشگاه*

نمودار ۱۰- میزان بقای نوزادان پذیرش شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب میانگین تعداد نوزادان بستری شده در واحد

نمودار ۱۱- تشخیص ها و عوارض حین بستری در نوزادان واحد مراقبت های ویژه و تخصصی

جدول ۱۸- اختلالات تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۲- ناهنجاری های سیستم عصبی نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۳- ناهنجاری های قلبی- عروقی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۴- ناهنجاری های اسکلتی- عضلانی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۵- ناهنجاری های پوستی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۶- ناهنجاری های تنفسی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۷- اختلالات چشم، گوش سر و گردن تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۸- اختلالات ادراری- تناسلی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۱۹- اختلالات کروموزومی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

نمودار ۲۰- اختلالات گوارشی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری

جدول ۱۹- فراوانی مطلق و نسبی عفونت زودرس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن بارداری در زمان تولد

جدول ۲۰- فراوانی مطلق و نسبی عفونت دیررس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن بارداری در زمان تولد

جدول ۲۱- فراوانی و درصد عفونت دیررس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن وزن زمان تولد

جدول ۲۲- مقایسه ویژگی های نوزادان Late Preterm و Term بستری شده در واحد های NICU و NSCU

جدول ۲۳- مقایسه علل مرگ نوزادان Preterm و Term بستری شده در واحد های NICU و NSCU

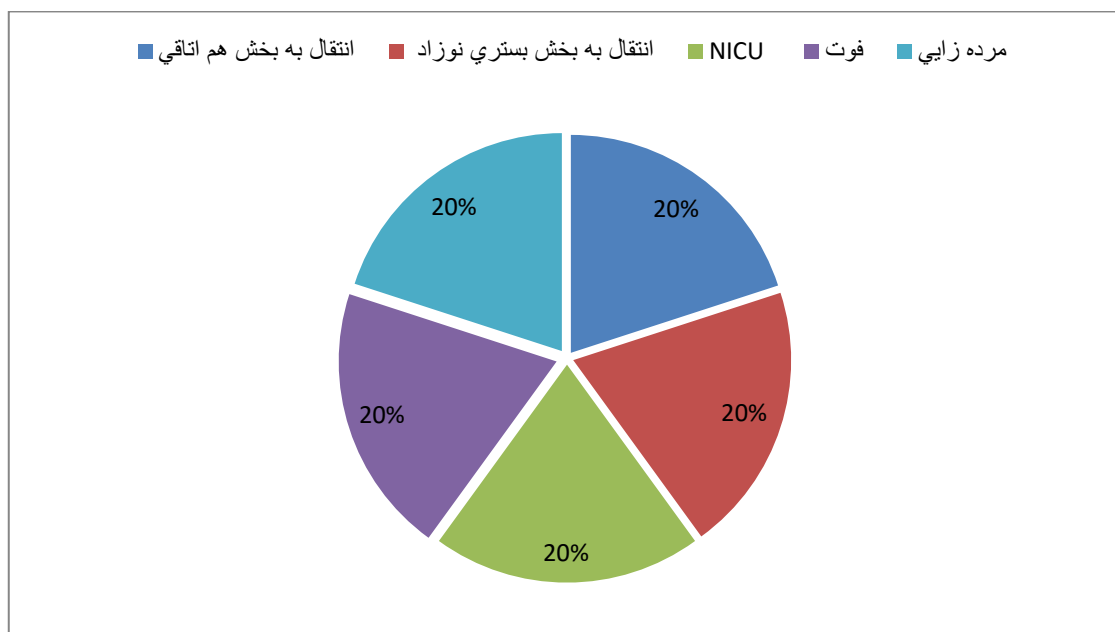
نمودار ۲۱- روند بقا در نوزادان Preterm و Term بستری شده در واحد های NICU و NSCU

جدول ۱- فراوانی مطلق بیمارستانهای ثبت کننده داده ها در هر دانشگاه به تفکیک نوع بیمارستان در سال

ردیف	دانشگاه	فراوانی مطلق						
		آموزشی درمانی	دولتی غیر آموزشی	وابسته به ارگان ها	خصوصی	خیریه	تامین اجتماعی	دانشگاه آزاد
۱								
۲								
۳								
۰								
۰								
۰								
کل								

این جدول بر اساس تعداد بیمارستانهای تحت پوشش هر دانشگاه که واحد های مراقبت ویژه یا تخصصی مجهز به سیستم ثبت دارند، تکمیل می شود.

نمودار ۱ - فراوانی نسبی فرجام نوزادی زایمان در کشور در سال



این نمودار، بر اساس فراوانی نسبی فرجام نوزادی زایمان در هر دانشگاه و در نهایت در کل کشور رسم خواهد شد.

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی مشخصات عمومی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی در سال

درصد	تعداد	مشخصات
	دختر	جنس
	پسر	
	مبهم	
	ایرانی	ملیت نوزاد
	غیر ایرانی	
	شهر	محل سکونت
	روستا	
	دارد	نسبت خویشاوندی والدین
	ندارد	
	دارد	عوارض زایمان
	ندارد	
	دارد	ریسک فاکتورهای نوزادی قبل از زایمان
	ندارد	
	دارد	ریسک فاکتورهای بارداری
	ندارد	
	انتقال به بخش	بر حسب سرانجام مادری
	انتقال به اتاق عمل	
	انتقال به NICU	
	فوت در محل زایمان	فرجام نوزادی زایمان
	انتقال به بخش هم اتاقی مادر	
	انتقال به بخش بستری نوزاد	
	انتقال به NICU	نوبت بستری
	نوبت اول	
	بستری مجدد	

این جدول با استفاده از اطلاعات وارد شده توسط بیمارستانهای مجهز به سیستم ثبت توسط هر دانشگاه تکمیل می گردد.

جدول ۳- نحوه پذیرش نوزاد به بخش مراقبت ویژه نوزادان تعداد (درصد) در سال

ردیف	دانشگاه	بعد از تولد در همین بیمارستان	انتقال از بیمارستان دیگر	از منزل یا سایر	جمع کل
۱					
۲					
۳					
.					
.					
.					
کل					

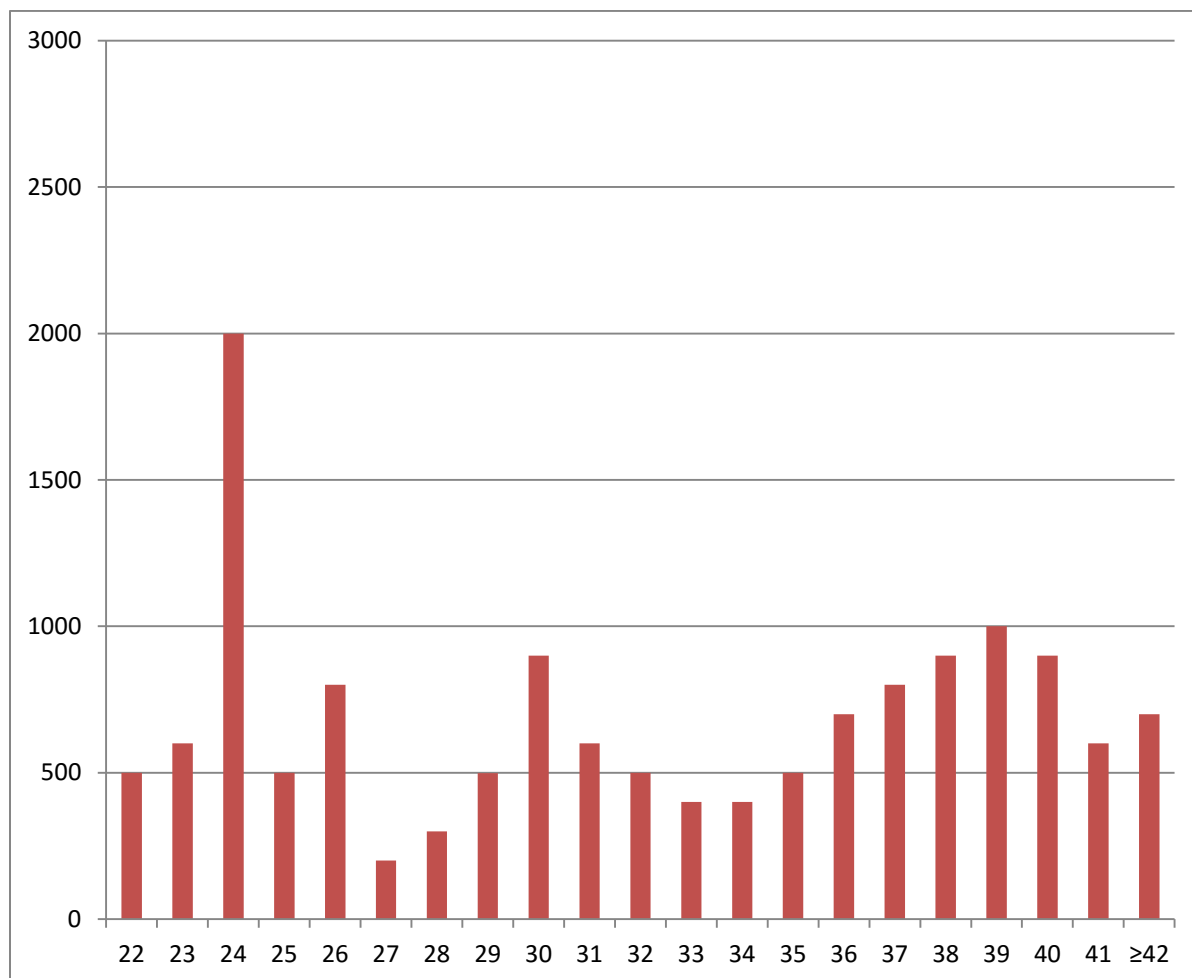
در این جدول نحوه پذیرش نوزادان با استفاده از اطلاعات وارد شده توسط بیمارستانهای مجهز به سیستم ثبت، توسط هر دانشگاه تکمیل می گردد.

جدول ۴ - فراوانی نسبی و مطلق نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی به تفکیک وزنی در سال

وزن زمان تولد (گرم)	تعداد نوزادان	درصد	درصد تجمعی
<۵۰۰			
۵۰۰-۹۹۹			
۱۰۰۰-۱۴۹۹			
۱۵۰۰-۱۹۹۹			
۲۰۰۰-۲۴۹۹			
۲۵۰۰-۲۹۹۹			
۳۰۰۰-۳۴۹۹			
۳۵۰۰-۳۹۹۹			
۴۰۰۰-۴۴۹۹			
≥۴۵۰۰			
تعداد کل وزن شده			
تعدادی که وزن ثبت نشده			
تعداد کل			

در این جدول فراوانی نسبی و مطلق نوزادان هر دانشگاه به تفکیک گروه های وزنی طبقه بندی شده تکمیل میگردد.

نمودار ۲- فراوانی نسبی و مطلق نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی
به تفکیک سن بارداری در سال

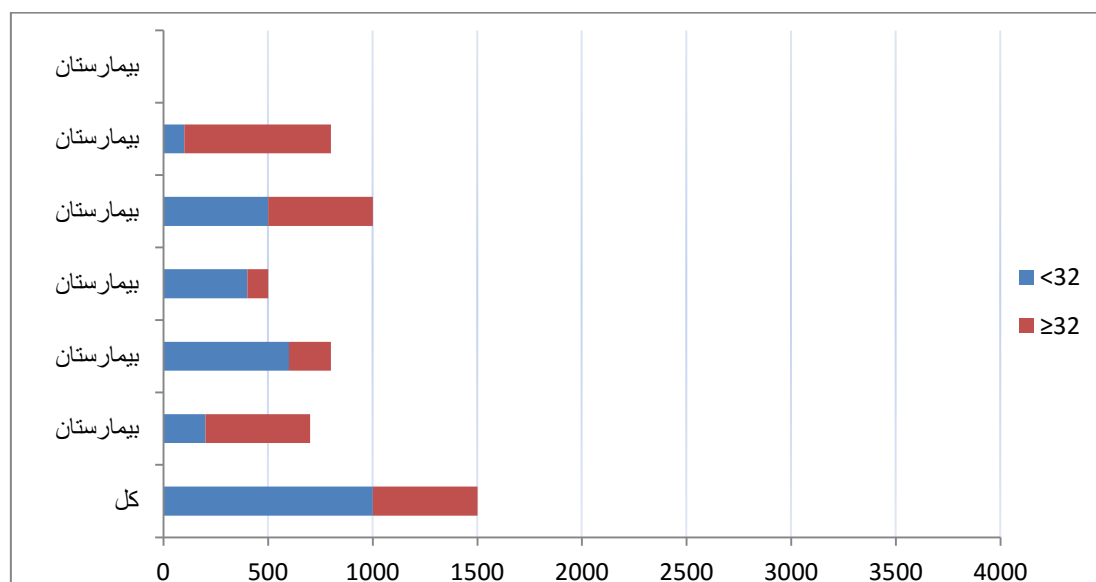


این نمودار با استفاده از فراوانی مطلق نوزادان بر حسب سن بارداری، توسط هر دانشگاه و در نهایت به صورت کشوری رسم میگردد.

جدول ۵ - مشخصات حیات و مرگ نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی بر حسب سن بارداری در زمان تولد

نوزادان ثبت شده در سامانه (پذیرش شده در NSCU و NICU)				نوزادان فوت شده در اتاق زایمان				تمام نوزادان ثبت شده در سامانه و کل نوزادانی که در اتاق زایمان فوت کرده اند			
سن حاملگی به هفته (هفته کامل شده)	تعداد نوزادان ثبت شده	نوزادان زنده مانده تا هنگام ترخیص		تعداد نوزادانی که مراقبت تسکینی را دریافت کرده اند	مراقبت تسکینی Palliative care	مراقبت فعال Active care	کل	تعداد نوزادانی که مراقبت تسکینی را دریافت کرده اند	تعداد نوزادانی که مراقبت فعال را دریافت کرده اند	میزان بقا در نوزادانی که مراقبت فعال را دریافت کرده اند	میزان بقا در کل نوزادان (تمام نوزادان ثبت شده در سامانه و کل نوزادانی که در اتاق زایمان فوت کرده اند)
		تعداد	درصد								
۲۲											
۲۳											
۰											
۰											
۴۰											
۴۱											
≥۴۲											
کل											
سن حاملگی ثبت نشده											
تعداد کل نوزادان											
این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده توسط بیمارستانهای تحت پوشش هر دانشگاه و در نهایت در کل کشور تکمیل و منتشر خواهد شد.											

نمودار ۳- تعداد نوزادان بستری شده در بخشهای مراقبت ویژه و تخصصی برحسب سن بارداری طبقه بندی شده به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۴



در این نمودار فراوانی مطلق نوزادان بستری شده در هر دانشگاه به تفکیک بیمارستان های تحت پوشش و تعداد کل

هر دانشگاه ثبت می گردد و در نهایت نمودار کشوری به تفکیک هر دانشگاه رسم می گردد.

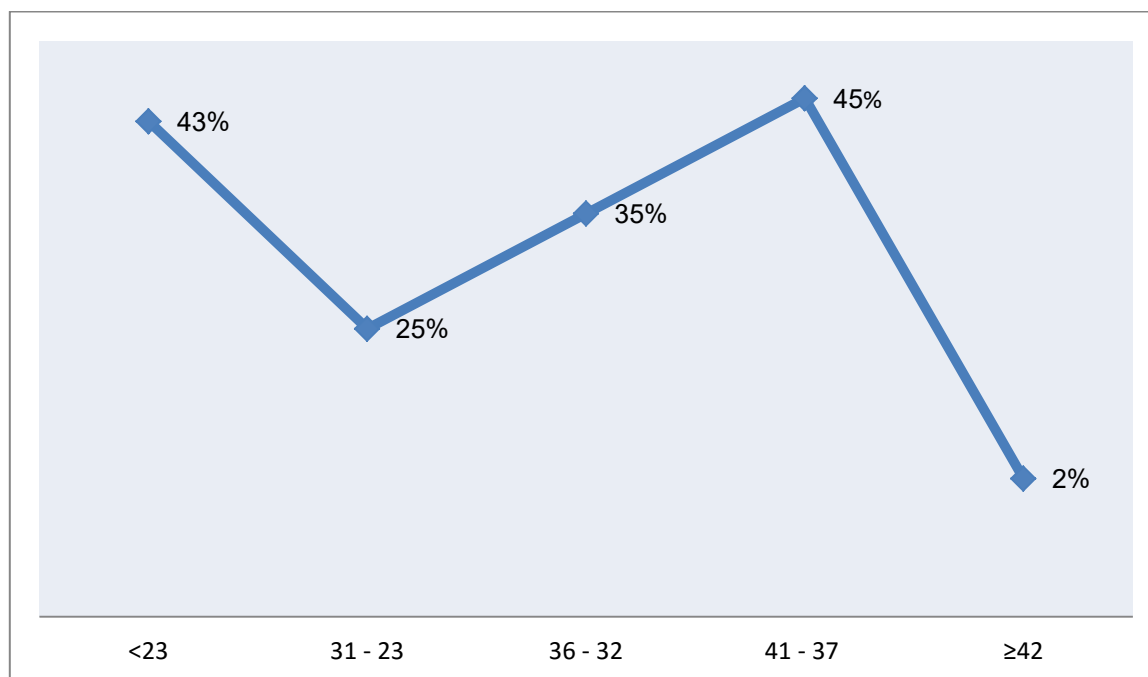
جدول ۶ - فراوانی و درصد نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه و تخصصی نوزادان به تفکیک سن بارداری
در سال ۱۳۹۴

سن بارداری هنگام تولد	تعداد	درصد	درصد تجمعی
۲۲			
۲۳			
۲۴.			
۲۵.			
۲۶.			
۲۷			
۲۸			
۲۹			
۳۰			
۳۱			
۳۲			
۳۳			
۳۴			
۳۵			
۳۶			
۳۷			
۳۸			
۳۹			
۴۰			
۴۱			
≥ ۴۲			
جمع کل نوزادان			
تعداد نوزادی که سن بارداری فراموش شده است			
تعداد کل نوزادان:			

در این جدول فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در هر دانشگاه به تفکیک بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور ثبت می گردد.

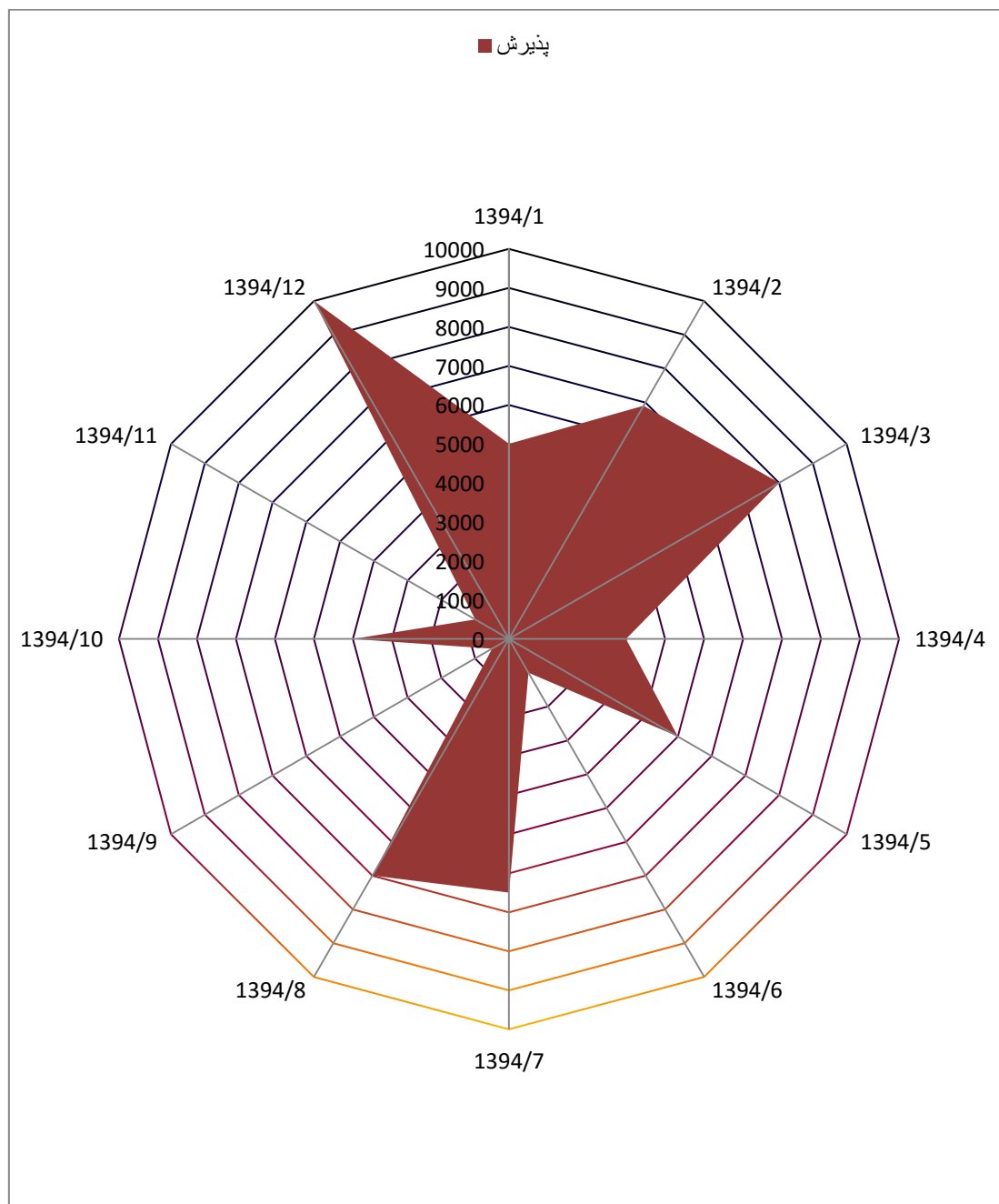
نمودار ۴- توزیع سن بارداری نوزادان پذیرش شده در بخش مراقبت های ویژه و مراقبت تخصصی نوزادان در سال

۱۳۹۴



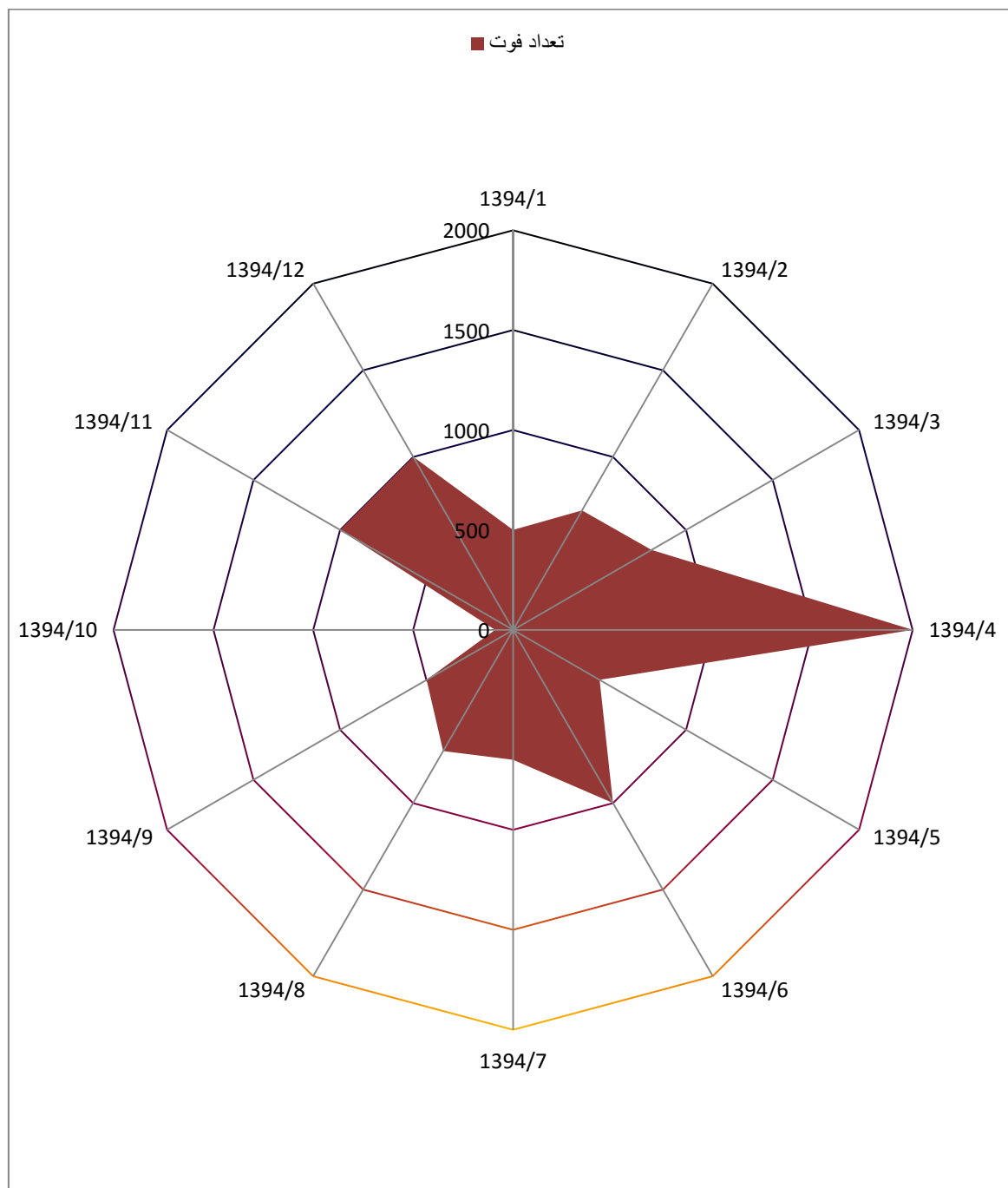
در این نمودار توزیع سنی گروه بندی شده به تفکیک هر دانشگاه و در کل کشور رسم می شود.

نمودار ۵ - تعداد نوزادان پذیرش شده به واحد های NICU و NSCU بر حسب ماه در سال



در این نمودار تعداد نوزادان پذیرش شده به واحد های NICU و NSCU در هر دانشگاه تفکیک ماه پذیرش رسم می شود.

نمودار ۶ - تعداد نوزادان فوت شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب ماه در سال



این نمودار با استفاده از فراوانی نوزادان فوت شده در واحد های NICU و NSCU در هر دانشگاه به تفکیک ماه پذیرش رسم میشود و در نهایت به صورت کشوری منتشر می گردد.

جدول ۷- میانگین وزن و قد نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک دانشگاه در سال

...

ردیف	دانشگاه	میانگین وزن ($\pm$ SE)	میانگین قد ($\pm$ SE)	ردیف	دانشگاه	میانگین وزن ($\pm$ SE)	میانگین قد ($\pm$ SE)
۱				۱			
۲				۲			
۳				۳			
۴				۴			
۵				۵			
۶				۶			
۷				۷			

این جدول توسط هر دانشگاه به تفکیک بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور به تفکیک دانشگاه ها تکمیل می گردد.

جدول ۸- میانگین دور سر نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک جنس در سال.....

میانگین دور سر $\pm$ خطای معیار		سن بارداری در زمان تولد
دختر	پسر	
		$25 \geq$
		۲۶ - ۳۱
		۳۲ - ۳۶
		۳۷ - ۴۱
		$42 \leq$
		کل

این جدول توسط هر دانشگاه به تفکیک بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور به تفکیک دانشگاه ها تکمیل می گردد.

جدول ۹- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب سن بارداری در زمان تولد در سال

سن بارداری در زمان تولد	دختر (%) تعداد	پسر (%) تعداد	مبهم (%) تعداد
۲۵≥			
۲۶-۳۱			
۳۲-۳۶			
۳۷-۴۱			
۴۲≤			
کل			

این جدول توسط هر دانشگاه به تفکیک بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور به تفکیک دانشگاه ها تکمیل می گردد.

جدول ۱۰- شدت بیماری نوزادان بستری شده در بخش مراقبت های ویژه و تخصصی نوزادان (CRIB II)*: .

ردیف	دانشگاه	تعداد نوزاد با وزن تولد > ۱۵۰۰ گرم	متوسط نمره CRIB II (±SE)	ردیف	دانشگاه	تعداد نوزاد با وزن تولد > ۱۵۰۰ گرم	متوسط نمره CRIB II (±SE)
۱				۱			
۲				۲			
۳				۳			
۴				۴			
۵				۵			
۶				۶			
۷				۷			

* فقط در نوزادان با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم که ۵ داده وزن تولد، سن بارداری هنگام تولد، جنسیت، دمای بدن به درستی و کامل ثبت شده باشد، محاسبه می شود.

این جدول به صورت کشوری منتشر می گردد.

جدول ۱۱- علائم و شکایت اصلی نوزاد در بدو ورود به واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی

درصد	تعداد	شکایت اصلی
		اختلال تنفسی
		نیازمند احیاء قلبی ریوی
		در حال دریافت تهویه با لوله نای
		در حال دریافت NCPAP
		دیسترس تنفسی
		سیانوتیک
		ناپایداری علائم حیاتی
		شوک / کما
		آریتمی
		هیپوترم
		تشنج
		بیقراری
		هیپوتون
		ناهنجاری
		نیاز به عمل جراحی
		هیپوگلیسمی
		اشکال در تغذیه
		شک به عفونت
		زردی
		نارسی
		سایر موارد

این جدول به صورت کشوری منتشر می گردد.

جدول ۱۲- مشخصات مادری نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و بخش مراقبت تخصصی در سال

.....

مشخصات	ثبت نشده	نامشخص	فراوانی	۳۲ > هفته	۳۲-۳۶ هفته	≥ ۳۷ هفته	کل
تعداد کل نوزادان							
بدون مراقبت های پریناتال			تعداد				
			درصد				
شیوع مصرف مواد			تعداد				
			درصد				
سیگار کشیدن			تعداد				
			درصد				
فشار خون مادر			تعداد				
			درصد				
دیابت مادر			تعداد				
			درصد				
درمان ناباروری			تعداد				
			درصد				
چندقلویی			تعداد				
			درصد				
تجویز سولفات منزیم			تعداد				
			درصد				
تجویز کورتون	تجویز نشده		تعداد				
			درصد				
	ناقص		تعداد				
			درصد				
	کامل		تعداد				
			درصد				
نوع زایمان	واژینال		تعداد				
			درصد				
	سزارین		تعداد				
			درصد				

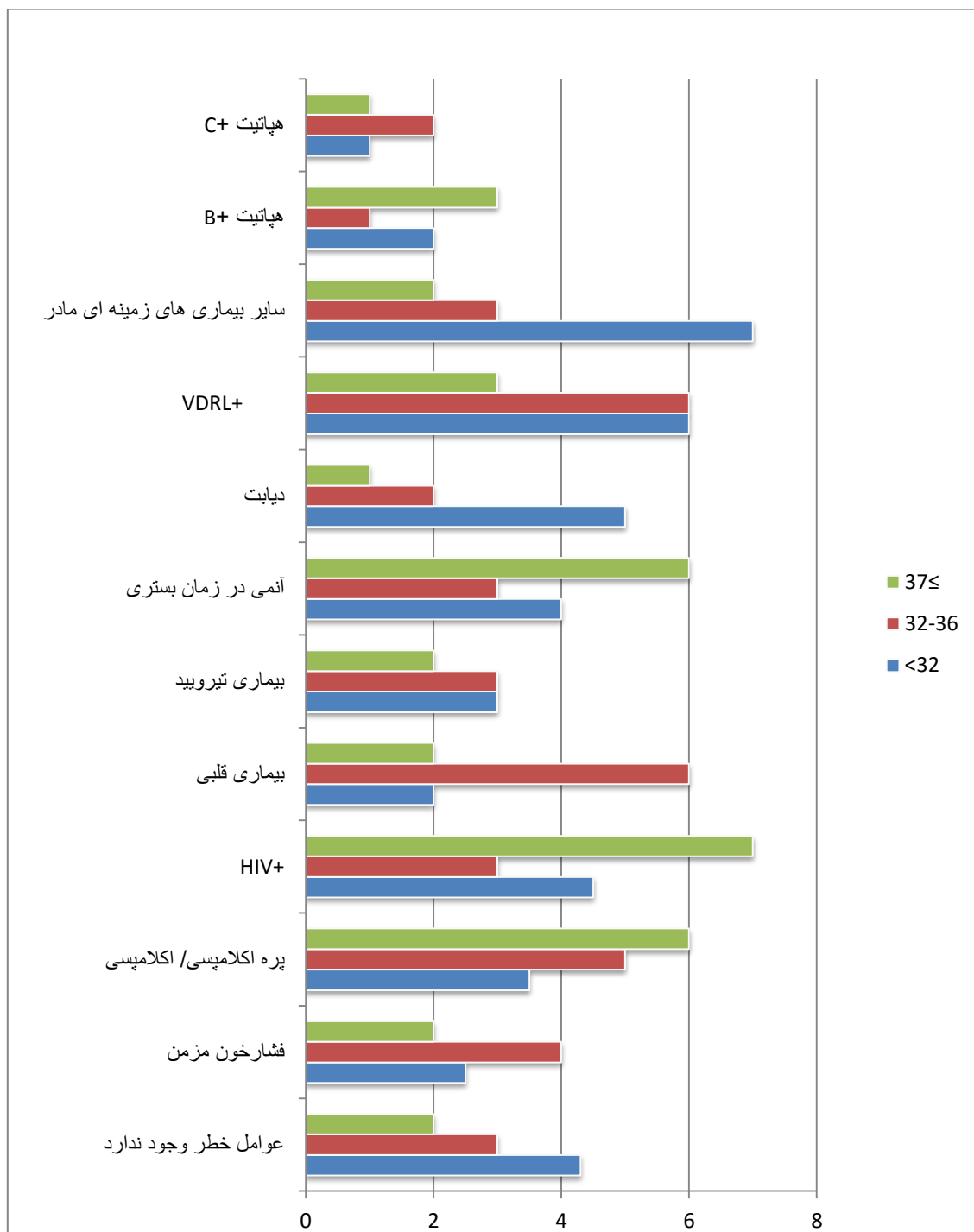
مشخصات		ثبت نشده	نامشخص	فراوانی	۳۳> هفته	۳۶-۳۳ هفته	۳۷≥ هفته	کل
تظاهر	ورتکس			تعداد				
				درصد				
	بریچ			تعداد				
				درصد				
	موارد دیگر			تعداد				
				درصد				
پاره شدن پرده	> ۲۴ ساعت			تعداد				
				درصد				
	۱ الی ۷ روز			تعداد				
				درصد				
	< ۱ هفته			تعداد				
				درصد				
کوریوآمیونیوت				تعداد				
				درصد				
تاخیر در کلامپ بند ناف	≤ ۲۹ ثانیه			تعداد				
				درصد				
	۳۰ الی ۶۰ ثانیه			تعداد				
				درصد				
	≥ ۶۰ ثانیه			تعداد				
				درصد				
	بله ولی نامشخص			تعداد				
				درصد				
	خیر			تعداد				
				درصد				

مشخصات	ثبت نشده	نامشخص	فراوانی	۳۳> هفته	۳۶-۳۳ هفته	≥ ۳۷ هفته	کل
مرتبه بارداری			تعداد				
			درصد				
تعداد زایمان قبلی			تعداد				
			درصد				
تعداد سقط			تعداد				
			درصد				
تعداد قل ها			تعداد				
			درصد				
سابقه IUFD			تعداد				
			درصد				
بیمارستان بستری شده	مرکز آموزشی درمانی		تعداد				
			درصد				
	بیمارستان خصوصی		تعداد				
			درصد				
	بیمارستان خیریه		تعداد				
			درصد				
	بیمارستان دولتی غیر آموزشی		تعداد				
			درصد				
	بیمارستان تأمین اجتماعی		تعداد				
			درصد				
	بیمارستان وابسته به ارگان ها و نهادها		تعداد				
			درصد				
	آموزشی بیمارستان دانشگاه آزاد اسلامی		تعداد				
			درصد				
	تامین اجتماعی		تعداد				
			درصد				

مشخصات	ثبت نشده	نامشخص	فراوانی	> ۳۳ هفته	۳۳-۳۶ هفته	≥ ۳۷ هفته	کل	
بیمه مادر	خدمات درمانی غیر روستایی		تعداد					
			درصد					
	خدمات درمانی روستایی		تعداد					
			درصد					
	نیروهای مسلح		تعداد					
			درصد					
	کمیتۀ امداد امام خمینی		تعداد					
			درصد					
	سایر بیمه ها		تعداد					
			درصد					
	ندارد		تعداد					
			درصد					
عوارض زایمان	عوارضی وجود ندارد		تعداد					
			درصد					
	پارگی درجه ۳ و ۴		تعداد					
			درصد					
	دریافت خون و فرآورده های آن		تعداد					
			درصد					
	سایر		تعداد					
			درصد					

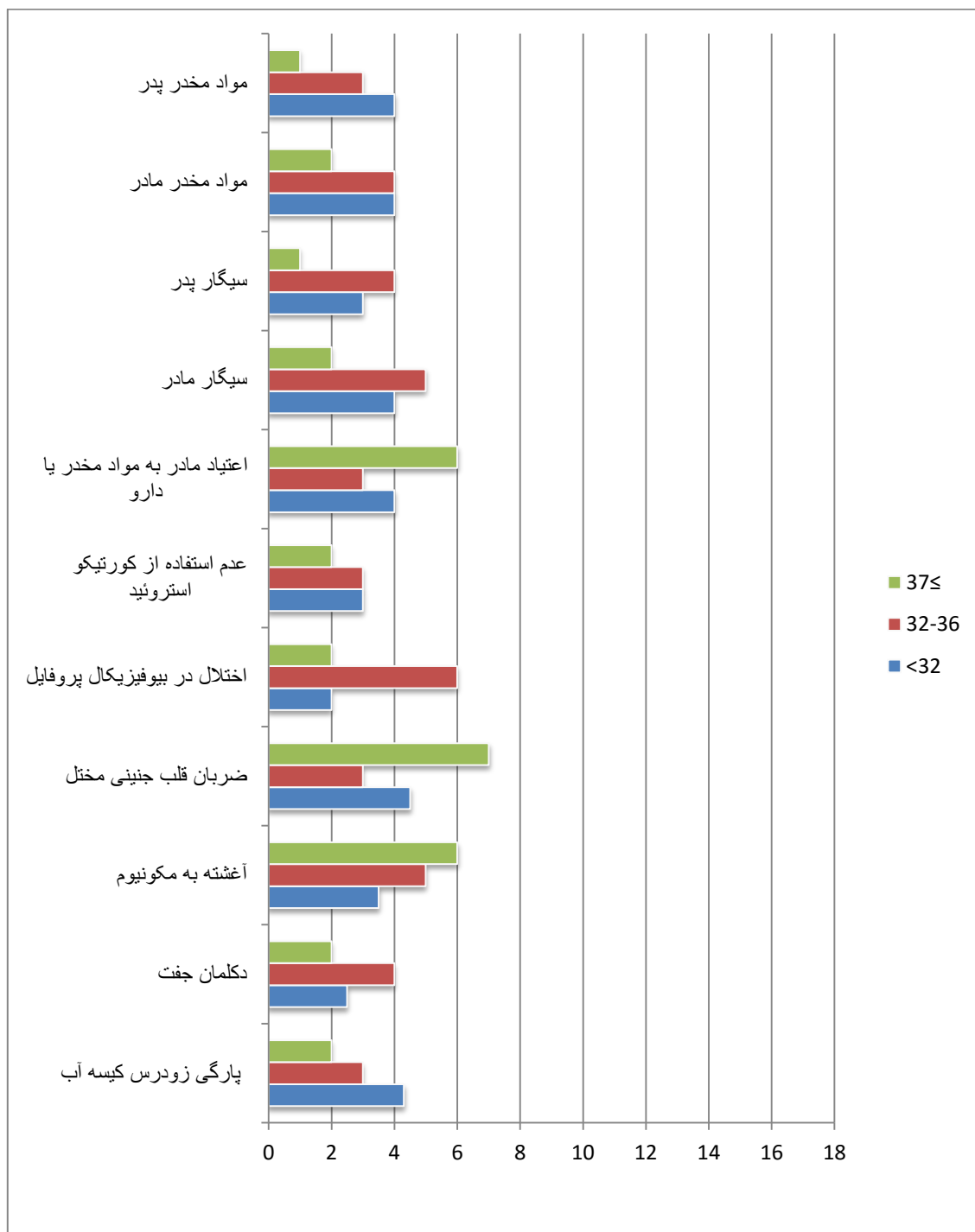
این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

نمودار ۷- فراوانی نسبی نوزادان در معرض عوامل خطر بارداری در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU در سال.....



این نمودار توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور رسم می گردد.

نمودار ۸- فراوانی نسبی عوامل خطر نوزادی قبل از زایمان در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU در سال



این نمودار توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور رسم می گردد.

جدول ۱۳- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب روش

زایمان بر حسب سن بارداری در سال

هفته	۲۵≥	۲۶-۳۱	۳۲-۳۶	۳۷-۴۱	۴۲≤	کل
نوع زایمان	تعداد					
	واژینال					
	سزارین					
	کل					
درصد	درصد					
	واژینال					
	سزارین					
	کل					

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

جدول ۱۴- فراوانی مطلق و نسبی نوزادان بستری شده در واحد مراقبت ویژه و تخصصی بر حسب علت سزارین در

سال

علت سزارین	تعداد	درصد
سزارین پیشین و سابقه میوکتومی		
عدم پیشرفت		
زجر جنین		
نمایش غیرطبیعی		
مشکلات جفت و بند ناف		
عدم تناسب سر با لگن		
پرفشاری خون مادر		
درخواست مادر		
سایر علت ها		
ثبت نشده		
کل		

جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

جدول ۱۵- فراوانی مطلق و نسبی مداخلات انجام گرفته در زمان احیا در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی در سال

سن بارداری به هفته						فراوانی	عملیات
جمع	VI ۶-۷	۴-۶ ۳۷-۳۸	۳-۴ ۳۲-۳۶	۲-۳ ۲۶-۳۱	۲۵≥		
						تعداد	مراقبت تسکینی
						درصد	
						تعداد	بدون نیاز به احیاء
						درصد	
						تعداد	CPAP
						درصد	
						تعداد	PPV از طریق ماسک
						درصد	
						تعداد	PPV از طریق ETT
						درصد	
						تعداد	فشردن قفقه سینه
						درصد	
						تعداد	اپی نفرین
						درصد	
						تعداد	نامشخص
						درصد	
						تعداد	تمام موارد احیاء شده
						درصد	

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

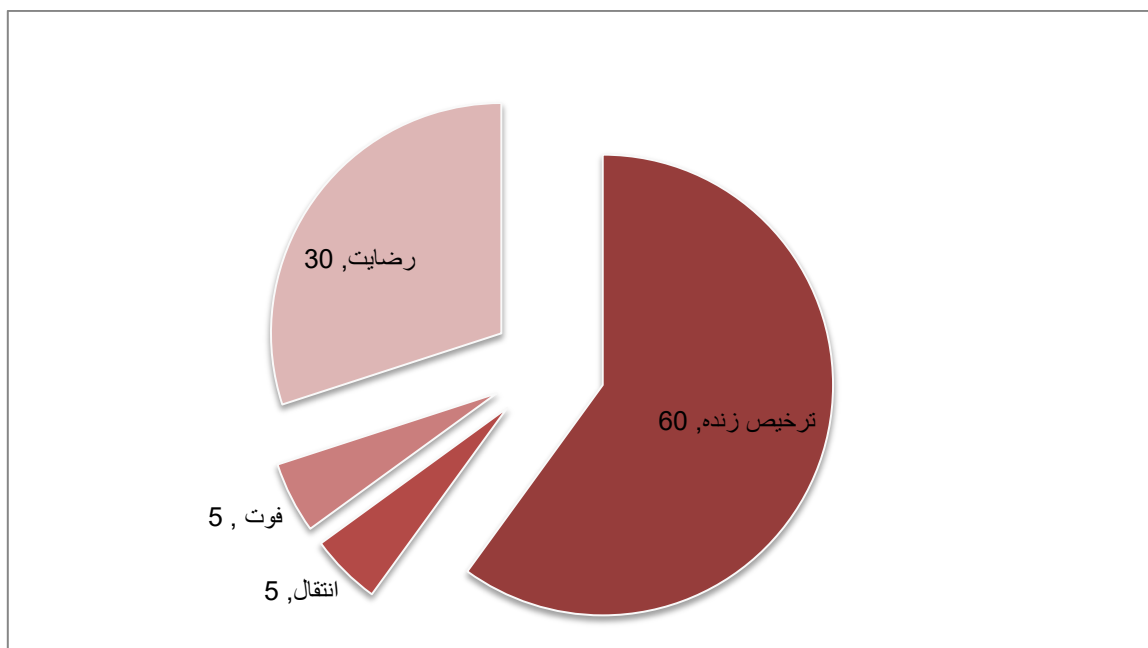
جدول ۱۶- فراوانی مطلق و نسبی مداخلات انجام گرفته در زمان احیا در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی در سال

.....

درصد اکسیژن هنگام شروع عملیات احیاء	هوا (۲۱٪)	تعداد					
		درصد					
	اکسیژن (با بلندر)	تعداد					
		درصد					
	اکسیژن ۱۰۰٪	تعداد					
		درصد					
	نامشخص	تعداد					
		درصد					
	ثبت نشده	تعداد					
		درصد					
حداکثر اکسیژن استفاده شده در طی احیاء	۲۱٪	تعداد					
		درصد					
	۲۲٪ - ۴۰٪	تعداد					
		درصد					
	۴۱٪ - ۷۰٪	تعداد					
		درصد					
	< ۷۰٪	تعداد					
		درصد					
	ثبت نشده	تعداد					
		درصد					

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

نمودار ۹- فراوانی نسبی فرجام نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی در سال



این نمودار توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور رسم می گردد.

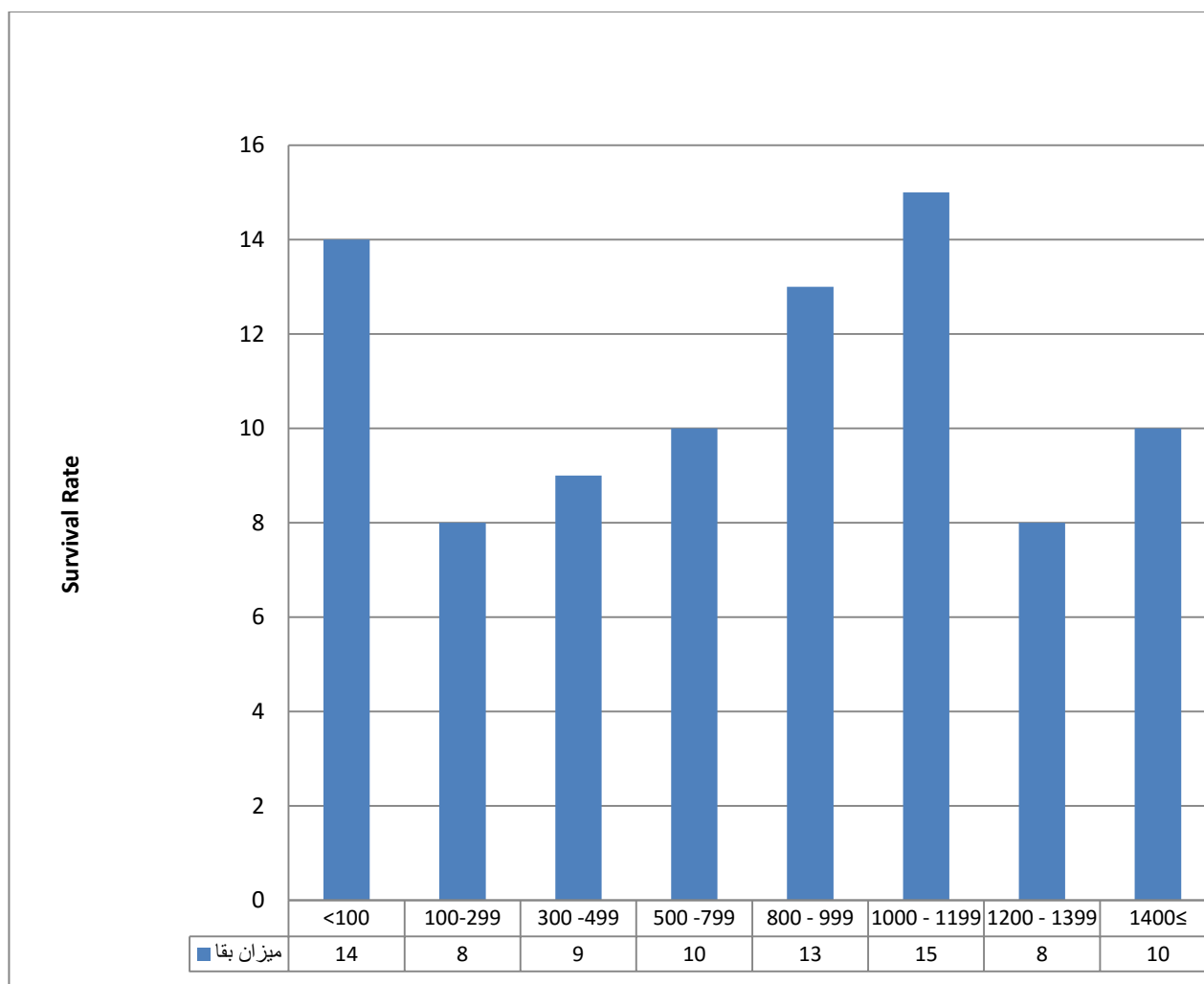
جدول ۱۷- میزان بقا نوزادان پذیرش شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی به تفکیک دانشگاه* در سال

ردیف	دانشگاه	تعداد نوزادان پذیرش شده	میزان بقا	ردیف	دانشگاه	تعداد نوزادان پذیرش شده	میزان بقا
۱				۲			
۳				۴			
۵				۰			
۰				۰			

* میزان بقا (Survival rate) = تعداد نوزادان زنده ترخیص شده تقسیم بر تعداد نوزادان بستری شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی

ضربدر صد

نمودار ۱۰- میزان بقای نوزادان پذیرش شده در واحد مراقبت های ویژه و تخصصی بر حسب میانگین تعداد نوزادان بستری شده در واحد در سال



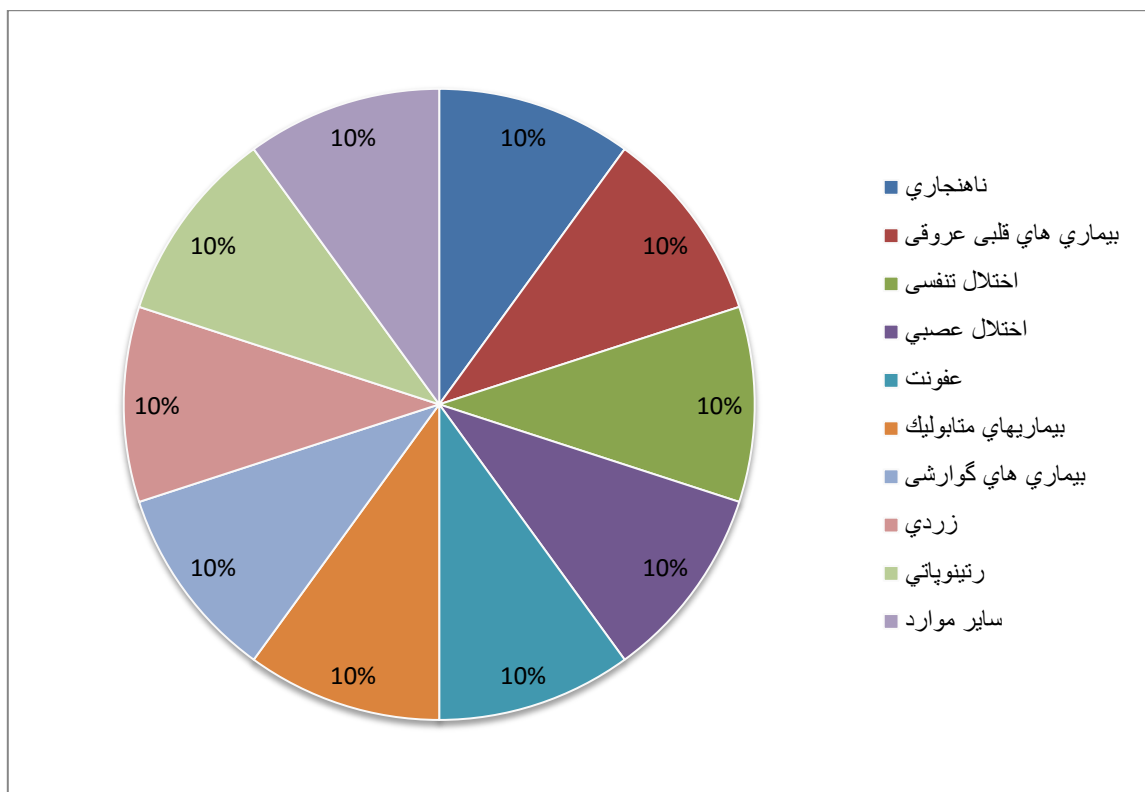
این نمودار به صورت کشوری رسم می گردد.

میزان بقا= (تعداد نوزادان زنده ترخیص شده تقسیم بر تعداد کل نوزادان پذیرش شده در واحد های مراقبت ویژه و تخصصی)*۱۰۰

محور افقی: میانگین تعداد نوزادان پذیرش شده در واحدهای مراقبت ویژه و تخصصی در سال.

محور عمودی: میانگین میزان بقا

نمودار ۱۱- تشخیص ها و عوارض حین بستری در نوزادان واحد مراقبت های ویژه و تخصصی در سال



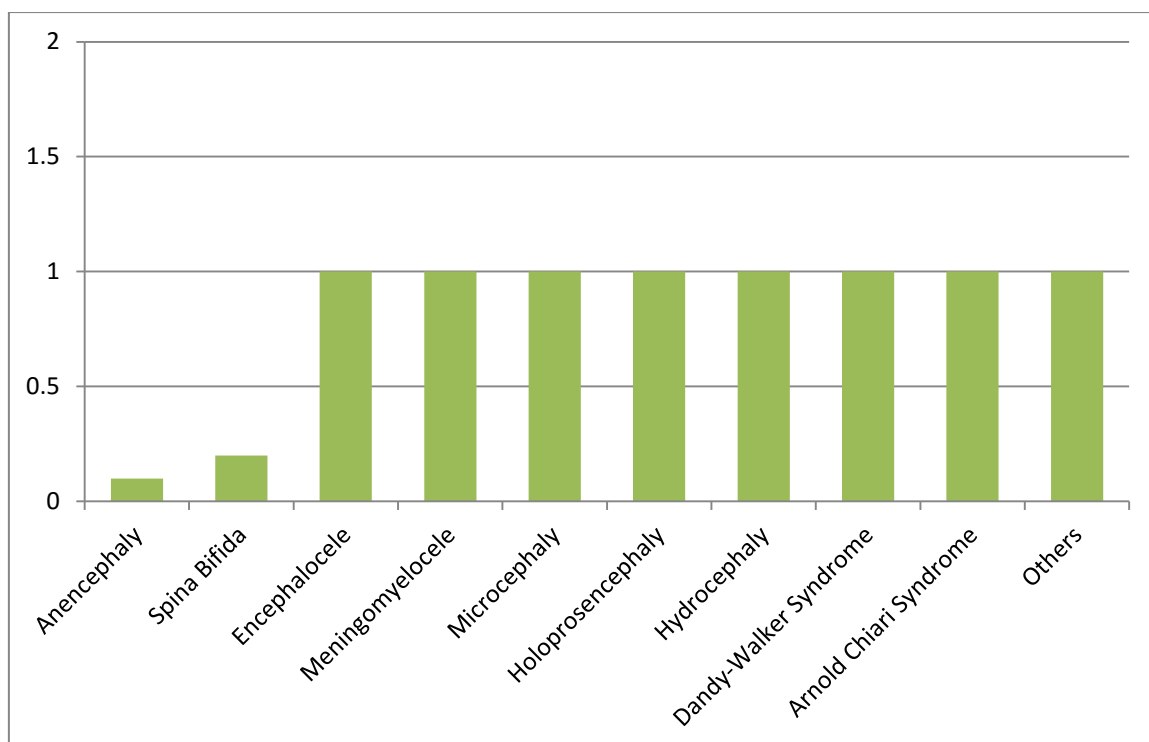
این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

جدول ۱۸- اختلالات تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال

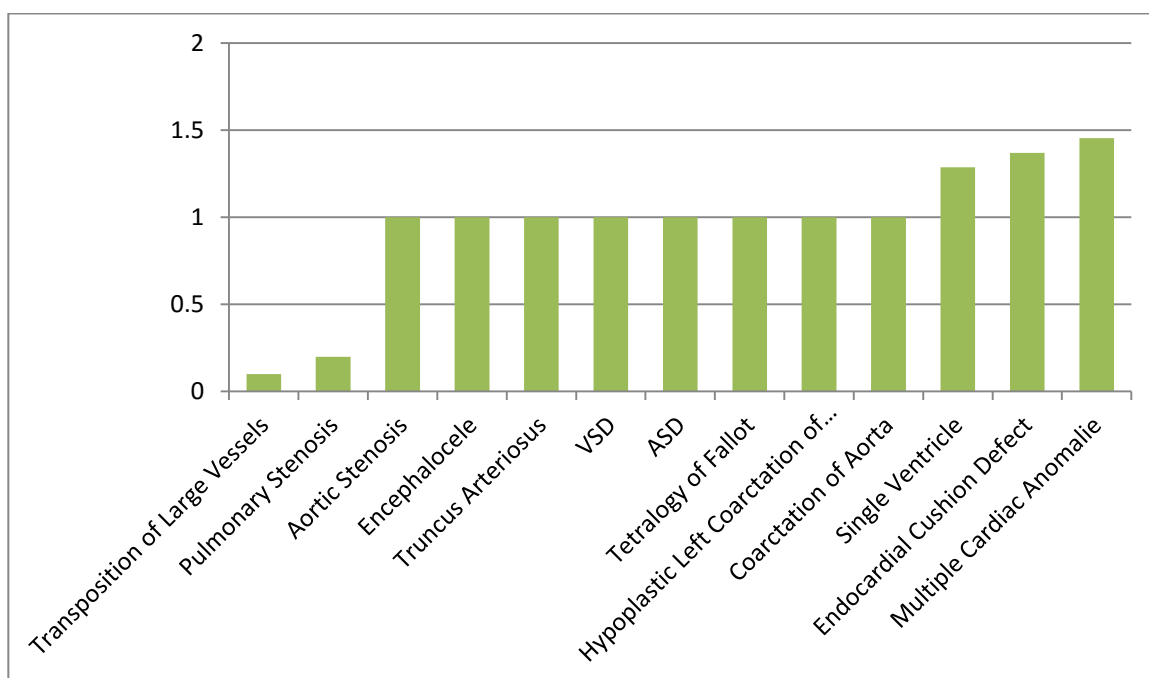
نوع اختلال		بلی		خیر	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
ناهنجاری					
قلبی - عروقی					
اختلالات تنفسی					
اختلال عصبی					
عفونت					
بیماری های متابولیک					
بیماری های گوارشی					
زردی					
رتینوپاتی					
سایر					

این جدول و جداول زیر مجموعه آن توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

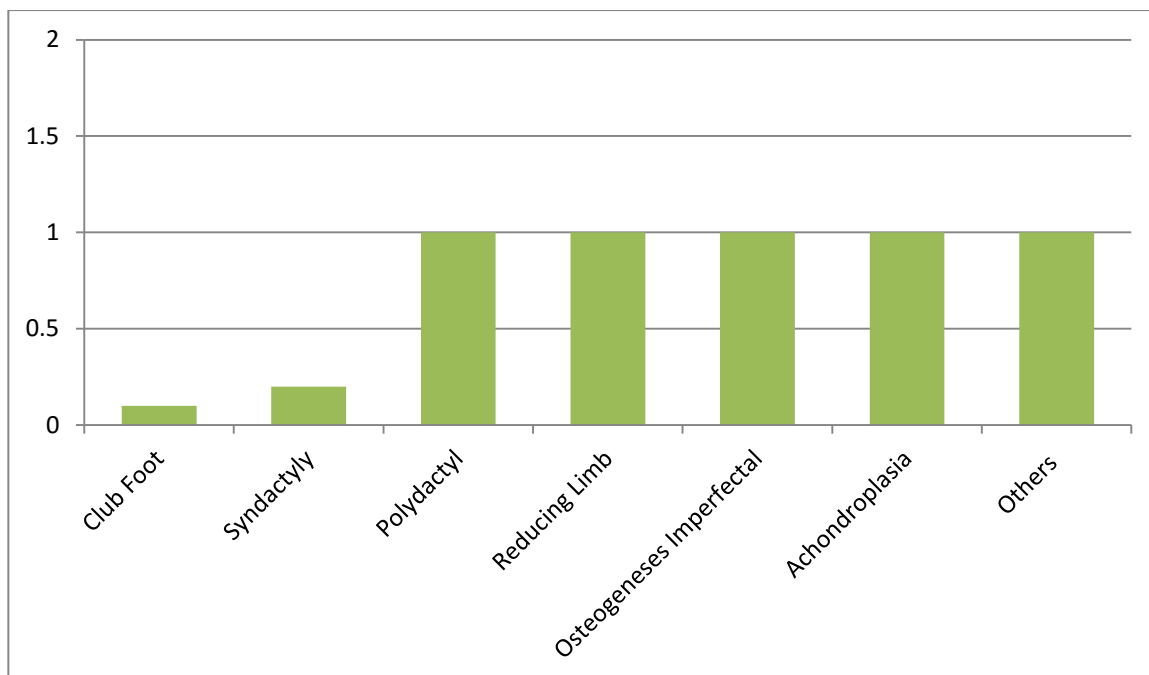
نمودار ۱۲- ناهنجاری های سیستم عصبی نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



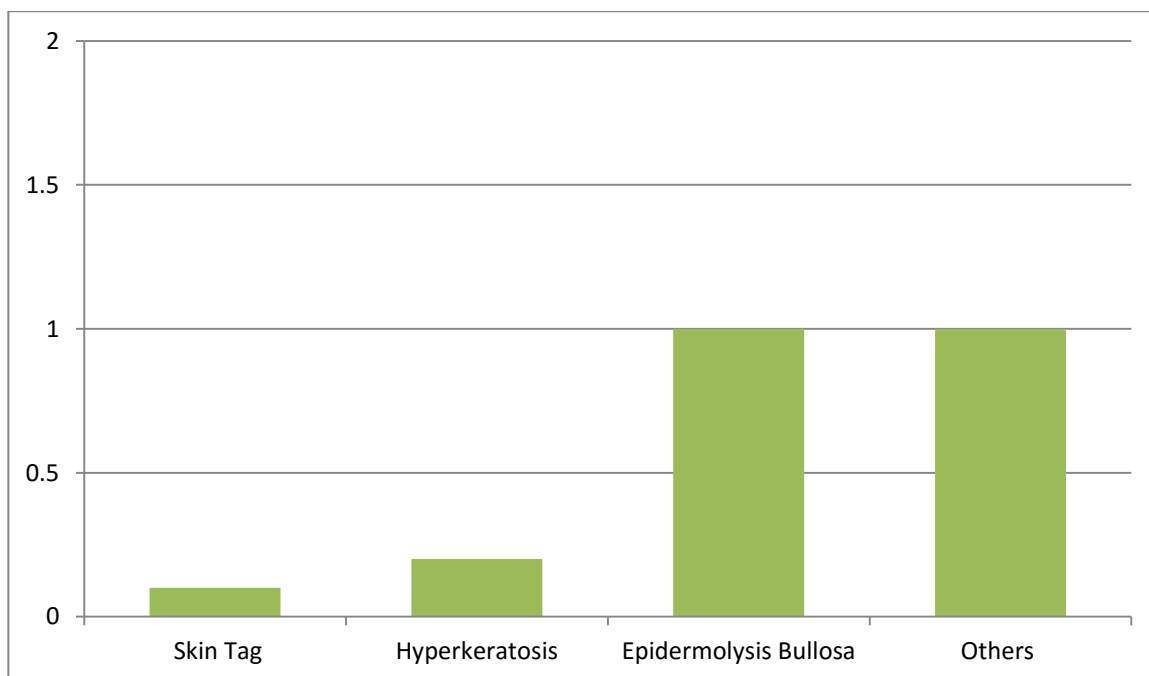
نمودار ۱۳- ناهنجاری های قلبی - عروقی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



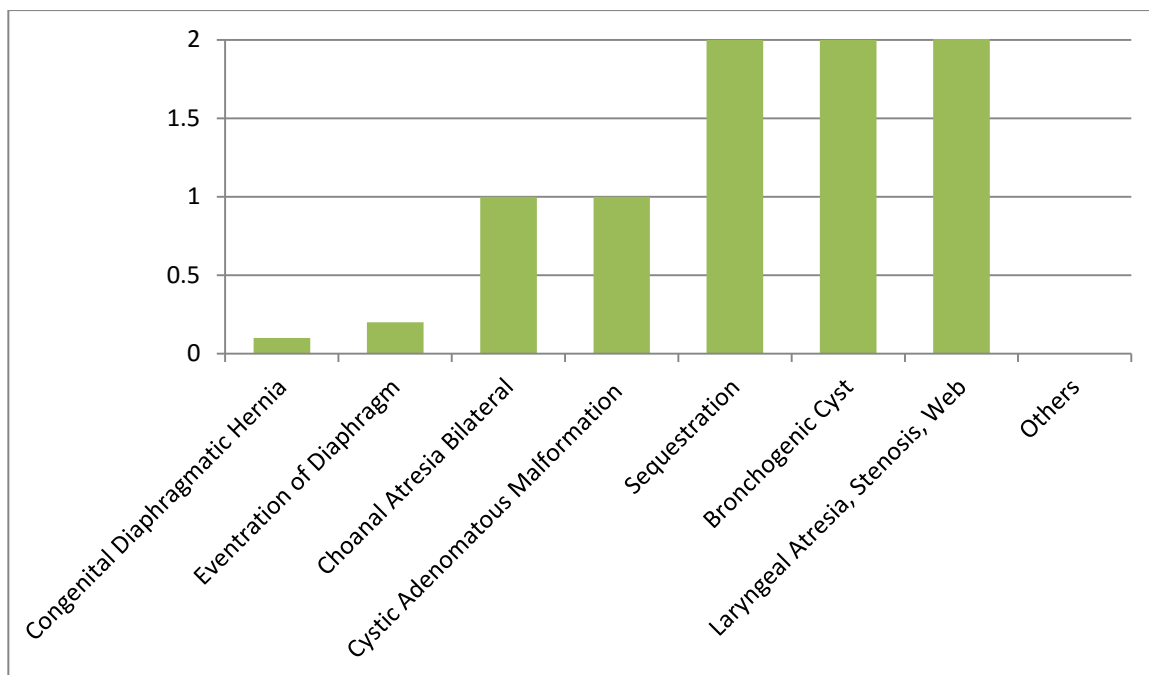
نمودار ۱۴- ناهنجاری های اسکلتی- عضلانی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



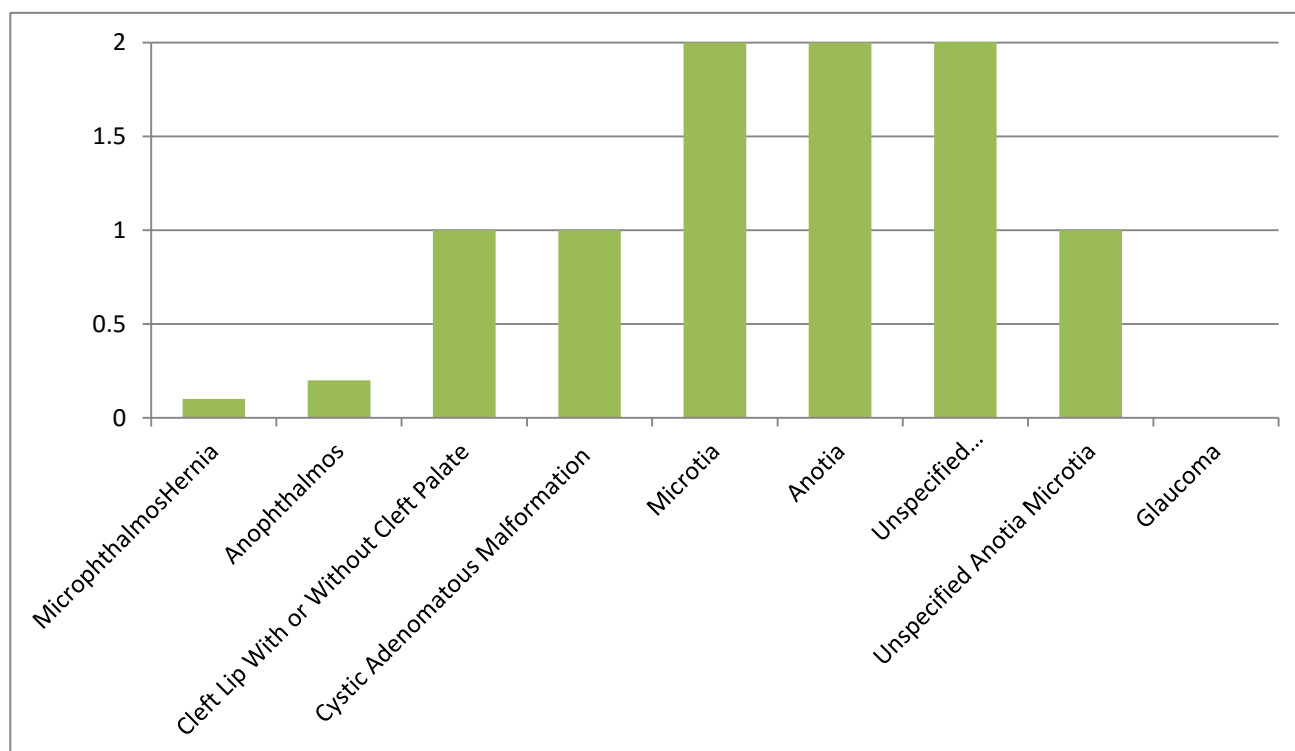
نمودار ۱۵- ناهنجاری های پوستی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



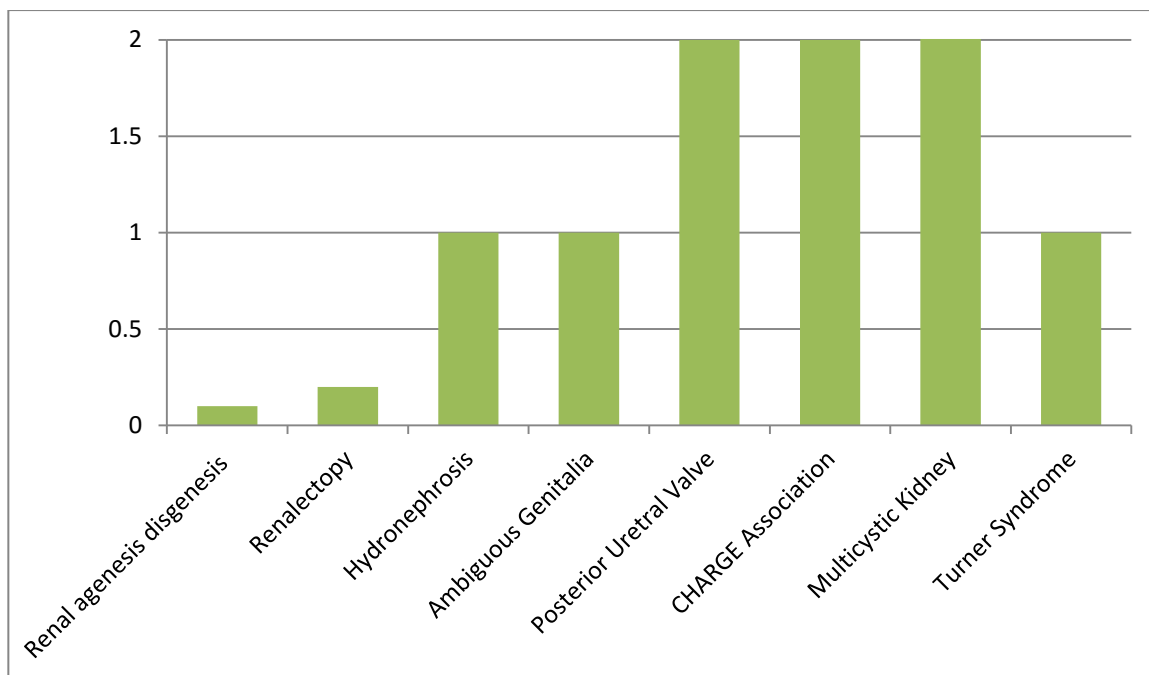
نمودار ۱۶- ناهنجاری های تنفسی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



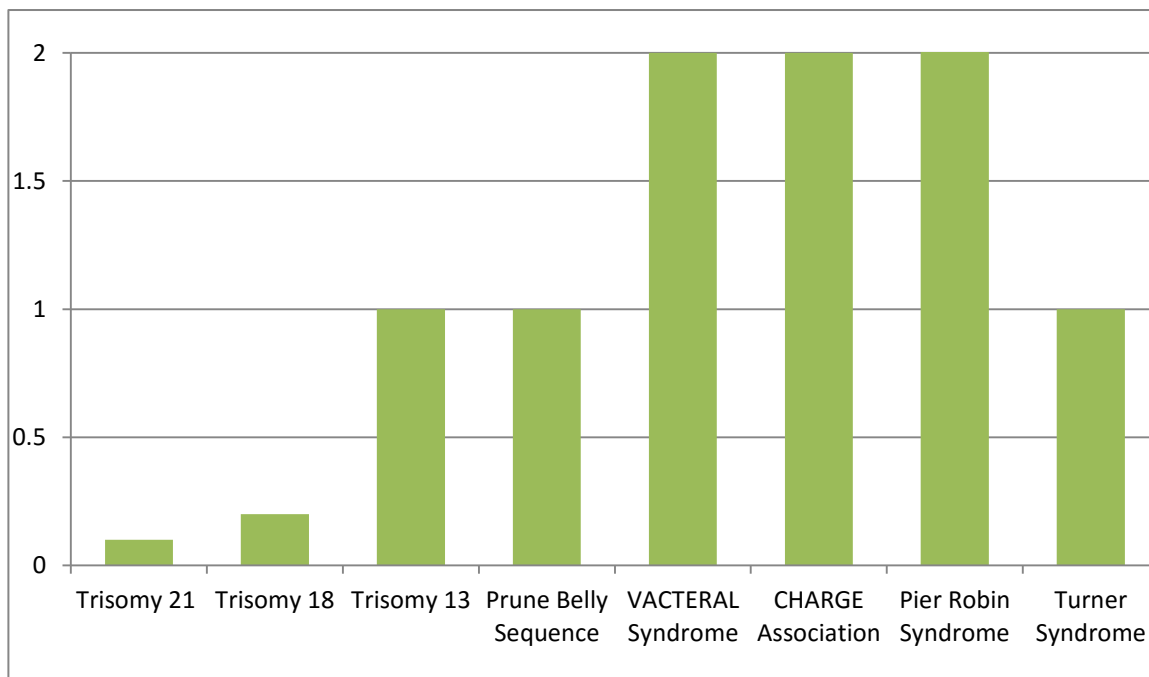
نمودار ۱۷- اختلالات چشم، گوش سر و گردن تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



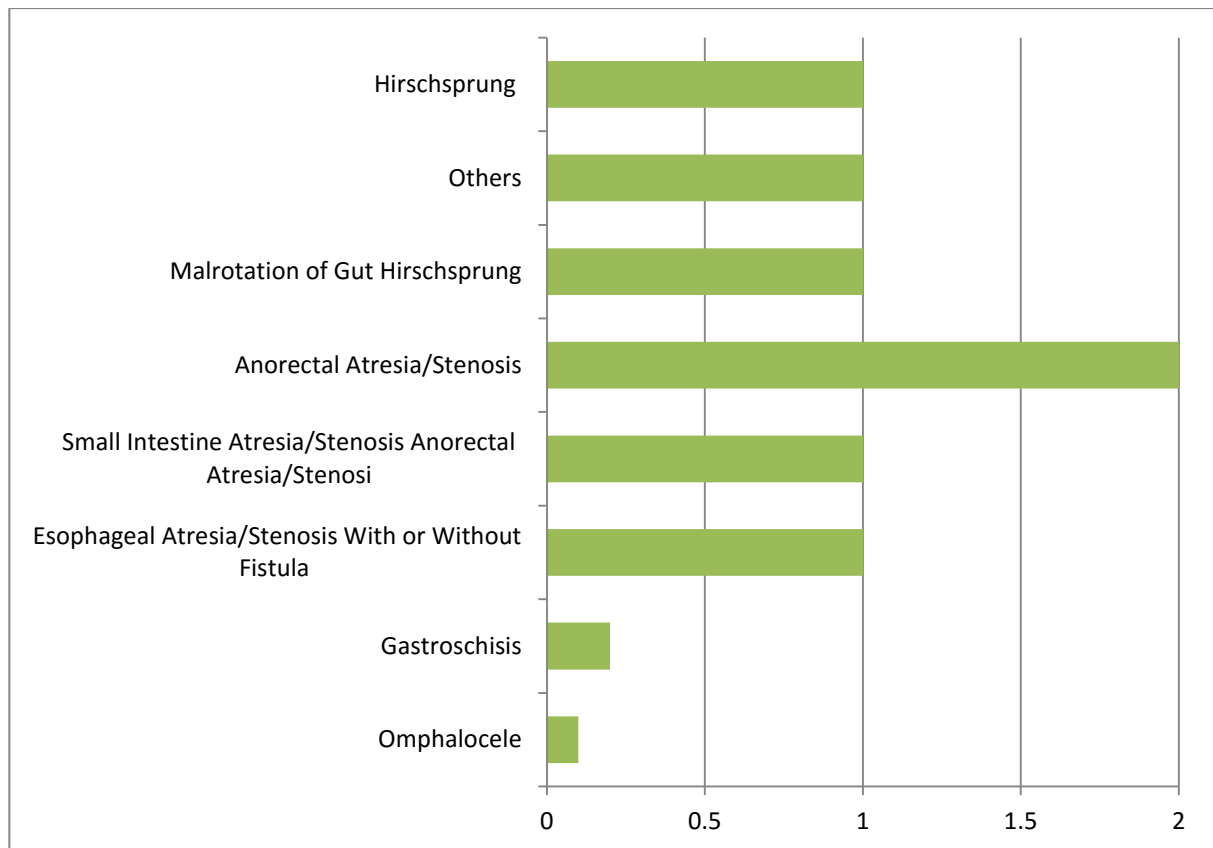
نمودار ۱۸- اختلالات ادراری- تناسلی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



نمودار ۱۹- اختلالات کروموزومی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



نمودار ۲۰- اختلالات گوارشی تشخیص داده شده نوزادان در بدو ورود یا حین بستری در سال



جدول ۱۹- فراوانی مطلق و نسبی عفونت زودرس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن بارداری در زمان تولد در سال

نوع ارگانیسم : تعداد (درصد)								کل تعداد ارگانیسم ها	تعداد (درصد) نوزادان دچار عفونت	تعداد (درصد) کل نوزادان	سن بارداری به هفته
سایر	Haemophilus influenza	Streptococci	Staphylococci	Fungal	C+S	E-coli	CONS				
											<۳۲
											۳۲ - ۳۶
											≥ ۳۷
											کل نوزادان محاسبه شده
											موارد ثبت نشده
											کل نوزادان

*بروز عفونت در ۲ روز نخست حیات

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

جدول ۲۰- فراوانی مطلق و نسبی عفونت دیررس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن بارداری در زمان تولد در سال

نوع ارگانیسم								کل تعداد ارگانیسم ها	در نوزادانی که بیشتر از ۲ روز زنده مانده اند درصد حداقل به عفونت	کل نوزادانی که بیشتر از یک عفونت داشته اند	کل نوزادانی که حداقل یک عفونت داشته اند	تعداد نوزادان فوت شده بعد از ۲ روز اول حیات	تعداد نوزادان فوت شده در ۲ روز اول حیات	کل نوزادان	سن بارداری به هفته
سایر	Haemophilus influenzae	Streptococci	Staphylococci	Fungal	C+S	E-coli	CONS								
															۳۲ <
															۳۶ - ۳۲
															۳۷ ≥
															کل نوزادان محاسبه شده
															موارد ثبت نشده
															کل نوزادان

*بروز عفونت بعد از ۲ روز حیات عفونت دیررس نوزادی تلقی می شود.

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد.

جدول ۲۱- فراوانی و درصد عفونت دیررس* در نوزادان بستری شده در واحد های NICU و NSCU بر حسب سن وزن زمان تولد در سال

ارگانیسم ها								کل تعداد ارگانیسم ها	در نوزادانی که بیشتر از ۲ روز زنده مانده اند درصد حداقل یک عفونت	تعداد (درصد) نوزادانی که بیشتر از یک عفونت داشته اند	تعداد (درصد) نوزادانی که حداقل یک عفونت داشته اند	تعداد (درصد) نوزادان فوت شده بعد از ۲ روز اول حیات	تعداد (درصد) نوزادان فوت شده در ۲ روز اول حیات	تعداد (درصد) کل نوزادان	وزن تولد به گرم
سایر	Haemophilus influenza	Streptococci	Staphylococci	Fungal	C+S	E-coli	CONS								
															۵۰۰>
															۵۰۰-۷۴۹
															۷۵۰-۹۹۹
															۱۰۰۰-۱۴۹۹
															۱۵۰۰-۱۹۹۹
															۲۰۰۰-۲۴۹۹
															۲۵۰۰<
															کل نوزادان محاسبه شده
															موارد ثبت نشده
															کل نوزادان

این جدول توسط هر دانشگاه بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستانهای تحت پوشش و در نهایت در کل کشور تکمیل می گردد

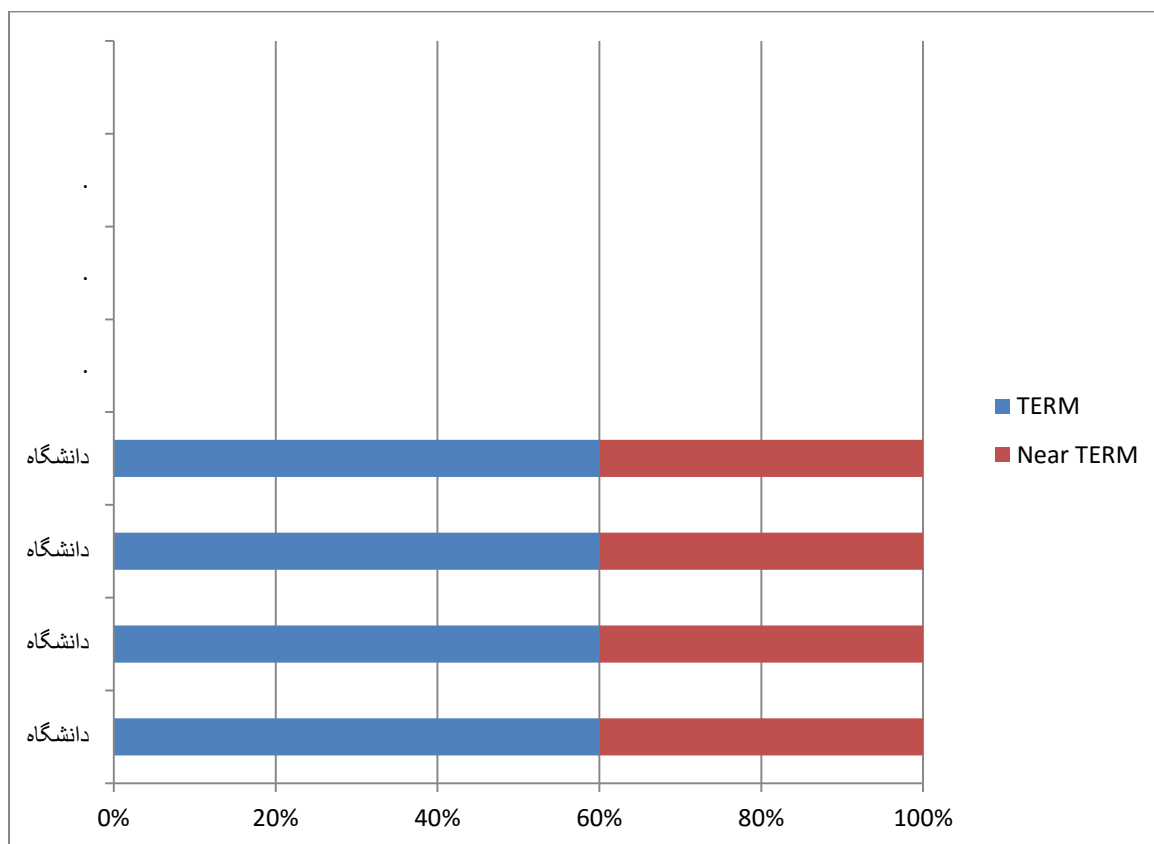
جدول ۲۲- مقایسه ویژگی های نوزادان **Term** و **Late Preterm** بستری شده در واحد های **NICU** و **NSCU** در سال

مشخصات	۳۶-۳۴ هفته (تعداد=)	۳۷ ≤ (تعداد=)
میانگین وزن تولد (گرم)		
میانگین سن بارداری (هفته)		
پسر (%)		
سزارین		
آپگار دقیقه اول (Median)		
آپگار دقیقه پنجم (Median)		

جدول ۲۳- مقایسه علل مرگ نوزادان **Term** و **Preterm** بستری شده در واحد های **NICU** و **NSCU** در سال

مشخصات	≤۳۳ (درصد/تعداد)	۳۶-۳۴ هفته (درصد/تعداد)	۳۷ ≤ (درصد/تعداد)
ناهنجاری بدو تولد			
آسفیکسی			
نارسی			
سندرم دیسترس تنفسی (RDS)			
عفونت			
سایر موارد			
کل			

نمودار ۲۱- روند بقا در نوزادان **Term** و **Preterm** بستری شده در واحد های **NICU** و **NSCU** در سال



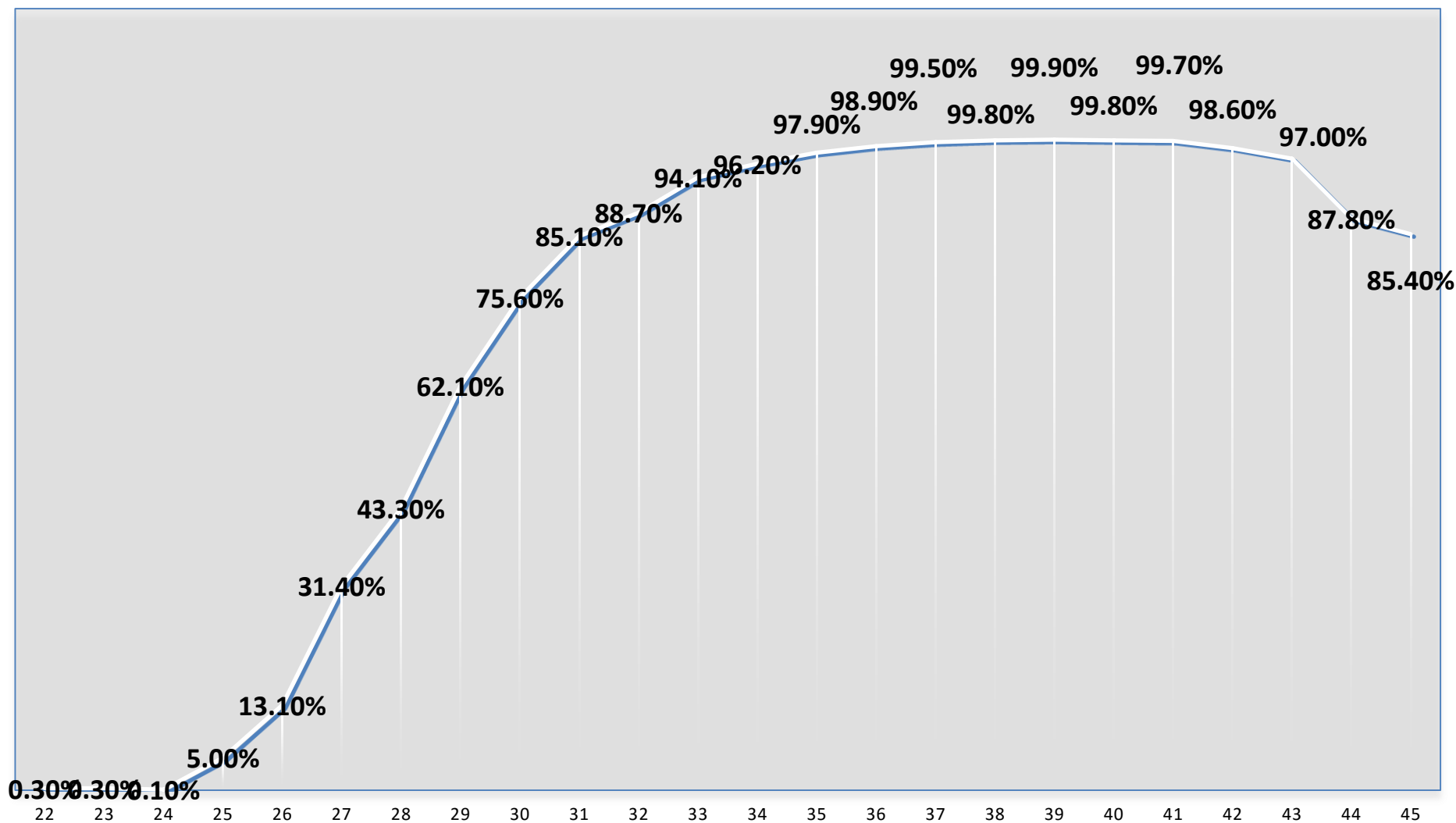
این جدول بر اساس اطلاعات ثبت شده در کل کشور به تفکیک هر دانشگاه تکمیل می گردد.

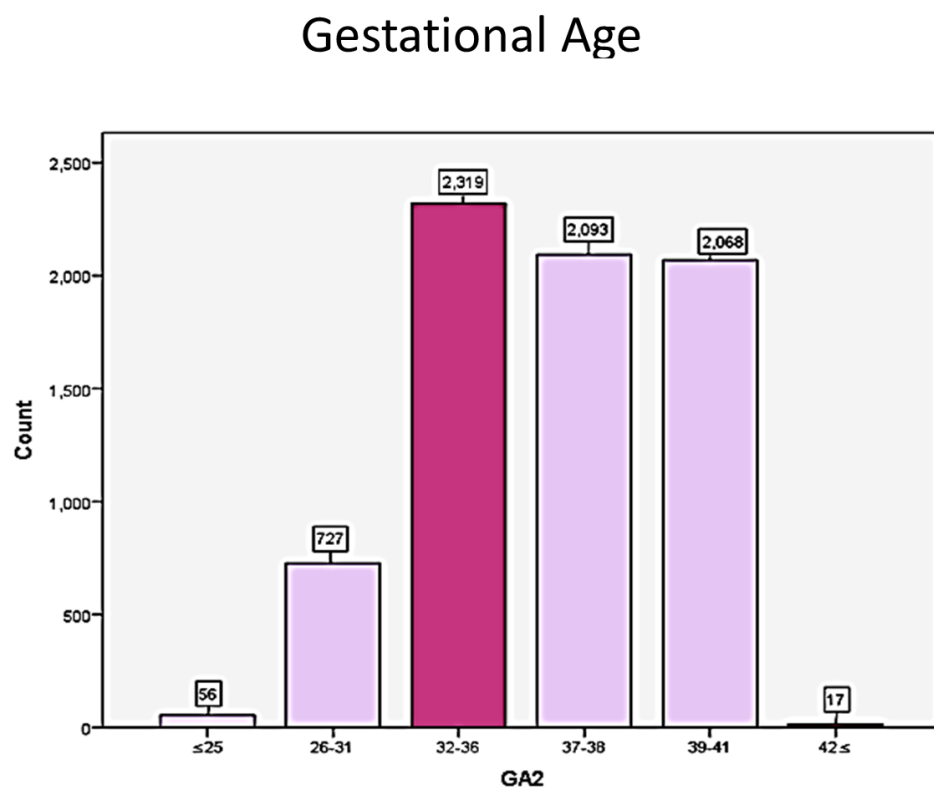
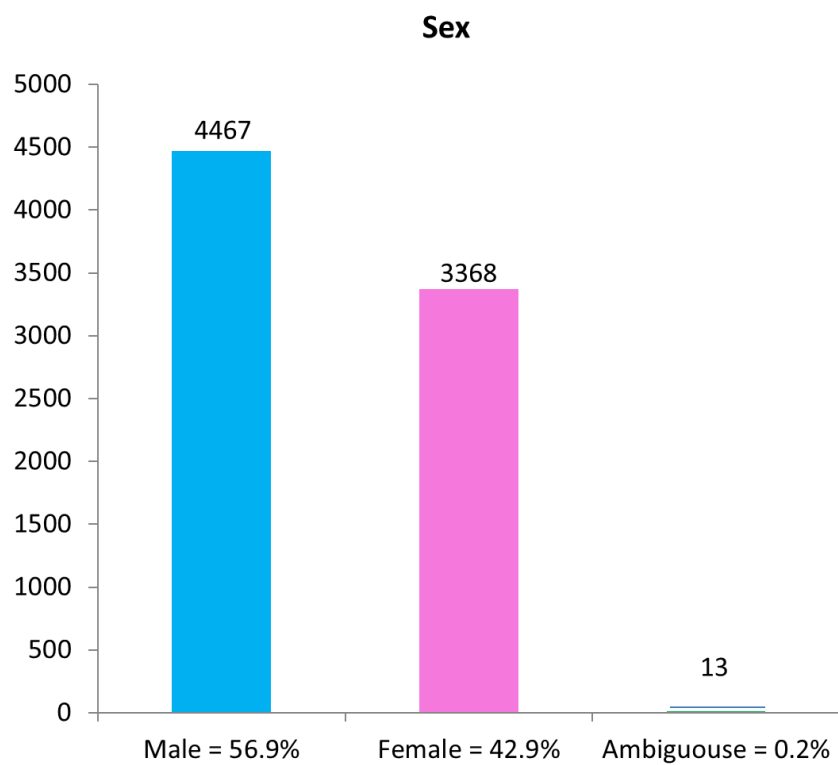
فصل ۵

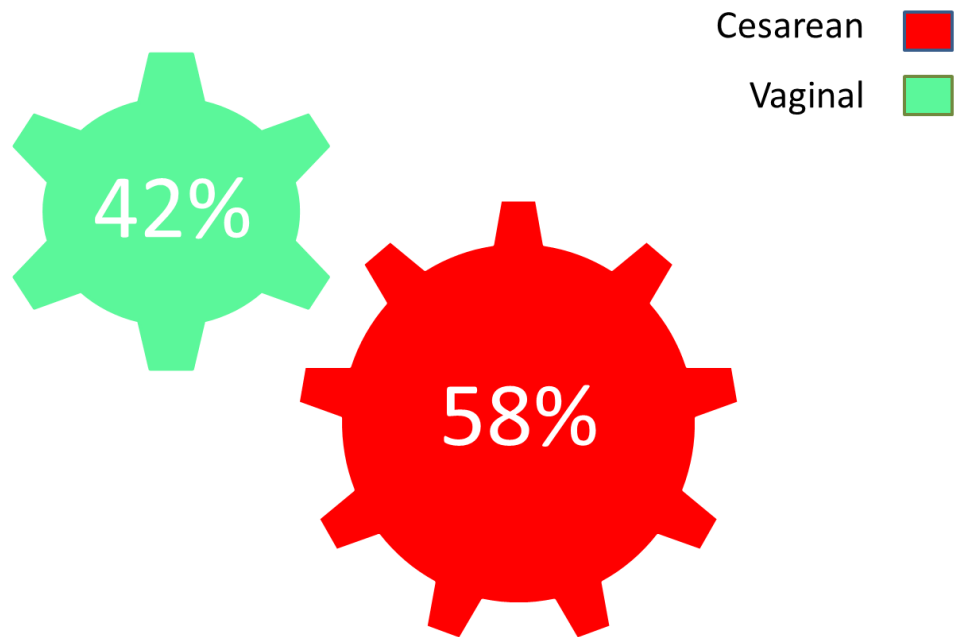
تحلیل داده های ثبت شده

درصد بقا	درصد مرگ	جمع اتاق زایمان و بخش	تعداد مرگ تا یکماه	GA
0.30%	99.70%	375	154	22
0.30%	99.70%	388	166	23
0.10%	99.90%	692	402	24
5.00%	95.00%	741	507	25
13.10%	86.90%	1028	864	26
31.40%	68.60%	835	722	27
43.30%	56.70%	1160	1030	28
62.10%	37.90%	670	595	29
75.60%	24.40%	680	613	30
85.10%	14.90%	437	397	31
88.70%	11.30%	602	533	32
94.10%	5.90%	396	331	33
96.20%	3.80%	474	400	34
97.90%	2.10%	420	361	35
98.90%	1.10%	464	399	36
99.50%	0.50%	540	477	37
99.80%	0.20%	1029	901	38
99.90%	0.10%	611	520	39
99.80%	0.20%	698	616	40
99.70%	0.30%	149	106	41
98.60%	1.40%	62	55	42
97.00%	3.00%	9	7	43
87.80%	12.20%	6	6	44
85.40%	14.60%	7	6	45
99.10%	0.90%	12473	10168	

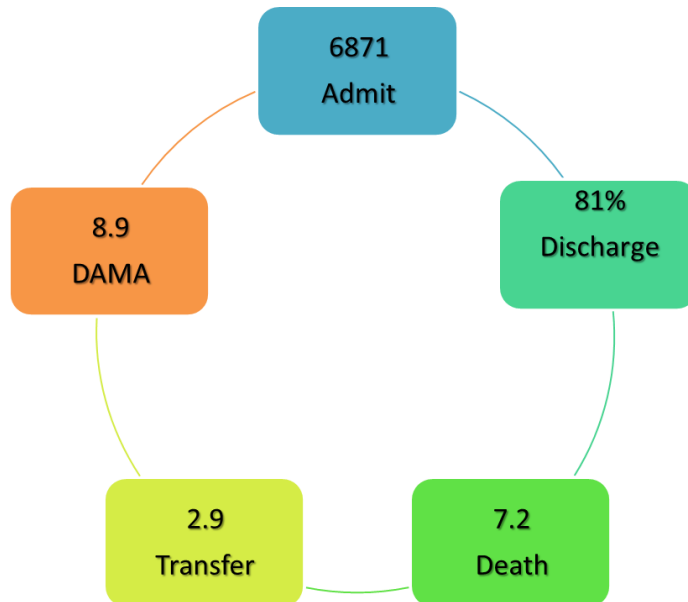
درصد بقا نوزادان در کل کشور بر اساس سن حاملگی



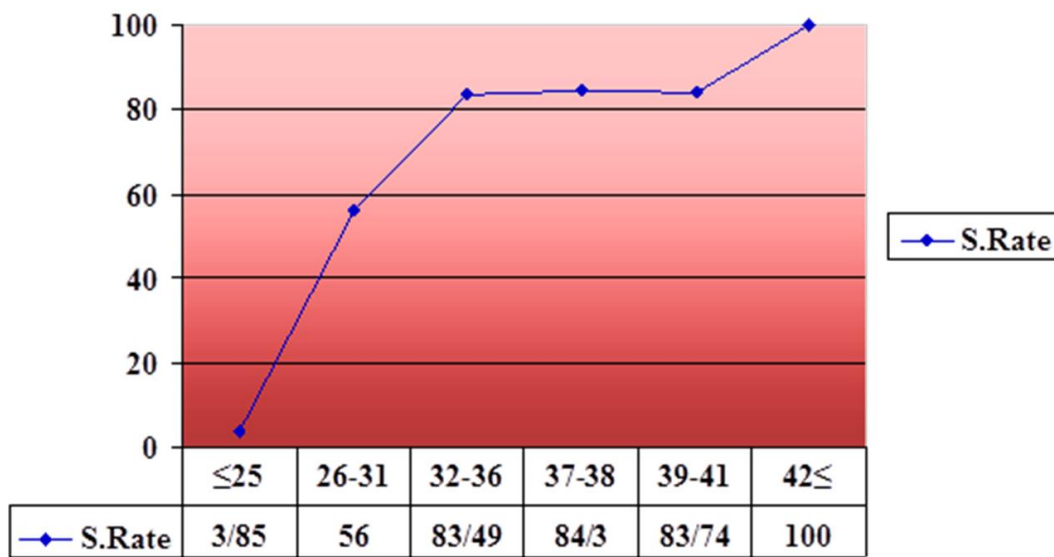




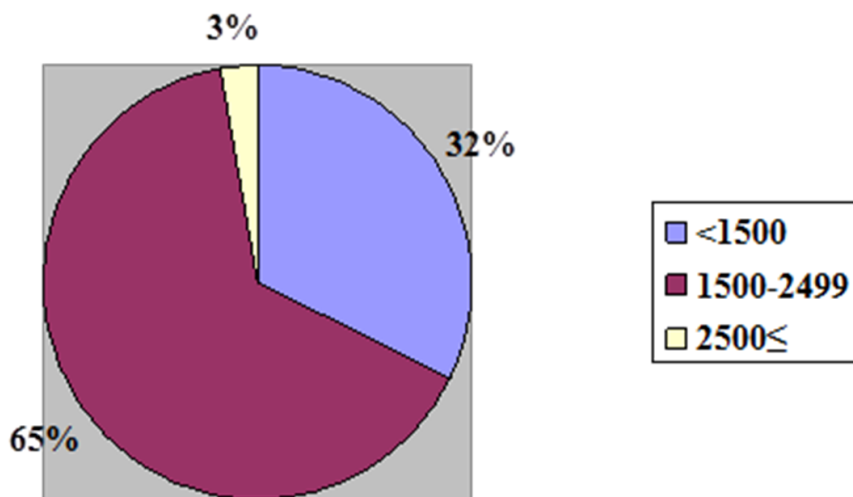
Neonatal Outcome



Survival Rate



Birth Weight



Cause of Death

Cause	Freq.	Percent
Congenital mal.	46	9.26
Asphyxia	34	6.84
Prematurity	113	22.74
RDS	174	35.01
Infection	27	5.43
Other	103	20.72
Total	497	100

فصل ۶

پایش و ارزشیابی برنامه

این فصل شامل برنامه های پایش و ارزشیابی بیمارستانی، دانشگاهی و کشوری می باشد. هدف این فصل ارائه ابزاری برای نمایش معتبر پیشرفت اجرای برنامه سامانه ملی نوزادان ایران (سمنا) (Iranian neonatal network) است. سعی شده است برنامه تا حد مقدور ساده و مختصر بوده و در عین حال ما را به هدف اصلی که بهبود کیفیت مراقبت در بخش های بستری نوزادان کشور است، ناظر نماید.

پایش بیمارستانی برنامه سمنا:

خیر	بله		
		آیا پرستار ویژه ای به عنوان مسئول سمنا انتخاب شده است؟	۱.
		آیا مسئول سمنا ابلاغ از ریاست بیمارستان دارد؟	۲.
		آیا مسئول سمنا در کارگاه آموزشی برنامه شرکت کرده و واجد گواهی می باشد؟	۳.
		آیا فرم سامانه در پرونده تمام نوزادان بستری قرار گرفته شده است؟	۴.
			۵.
			۶.
			۷.