

ستاد هدایت و اطلاع رسانی امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز (فرم اعزام نوزاد بین بیمارستانی)

نام بیمار:	نام پدر:	سن:	سن بارداری (GA):
جنس:	شماره پرونده:	پزشک هماهنگ کننده:	بیمارستان پذیرش دهنده:
پزشک پذیرش دهنده:	وزن تولد:	وزن فعلی:	تاریخ و ساعت هماهنگی:

علت اعزام:

نیود پزشک متخصص ☐ نیاز به مشاوره های فوق تخصصی ☐ کمبود تجهیزات و امکانات ☐ نداشتن تخت خالی ☐ نیاز به NICU ☐

سرویس درمانی مورد نیاز:	نوزادان <input type="checkbox"/>	NICU <input type="checkbox"/>	جراحی نوزادان <input type="checkbox"/>	سایر رشته های فوق تخصصی
-------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------

ریسک فاکتورهای مادری:

نداشتن مراقبتهای حین بارداری <input type="checkbox"/>	ازدواج فامیلی <input type="checkbox"/>	هیپر تانسین مادر <input type="checkbox"/>	پره اکلامپسی <input type="checkbox"/>	دیابت <input type="checkbox"/>	اختلال تیروئید مادر <input type="checkbox"/>
زایمان زودرس <input type="checkbox"/>	زایمان سریع <input type="checkbox"/>	زایمان طول کشیده <input type="checkbox"/>	سابقه مرگ نوزاد قبلی <input type="checkbox"/>	سابقه IUD <input type="checkbox"/>	سابقه نازائی <input type="checkbox"/>
بارداری با روشهای مصنوعی <input type="checkbox"/>	مصرف سیگار <input type="checkbox"/>	مصرف سولفات منیزیم <input type="checkbox"/>	مصرف داروهای مخدر <input type="checkbox"/>	هپاتیت B <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>
مصرف دارو با ذکر نام					
سایر بیماریهای مادر با ذکر نام					

عوامل خطر جنینی:	چندقلویی <input type="checkbox"/>	IUGR <input type="checkbox"/>	پروفیل بیوفیزیکال مختل <input type="checkbox"/>	کاردیوپلر مختل <input type="checkbox"/>	آغشتگی به مکنونیوم <input type="checkbox"/>	الیگوهایدرآمنیوس <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---	---	---	---

عوامل خطر جفتی:	خونریزی واژینال <input type="checkbox"/>	جفت سر راهی <input type="checkbox"/>	دکولمان <input type="checkbox"/>	بند ناف دور گردن <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	---

پارگی زودرس پرده های آمنیوتیک (PROM)	دریافت آنتی بیوتیک در فاصله بیش از ۴ ساعت از ختم بارداری:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	کوریوآمنیونیت <input type="checkbox"/>
۲۴ ساعت <	۲۴ ساعت >			

استروئید پره نالال:	کامل (در آخرین هفته) <input type="checkbox"/>	کامل (قبل از آخرین هفته) <input type="checkbox"/>	کامل (زمان ناشناخته) <input type="checkbox"/>
پارشیال ۲۴ ساعت <	پارشیال ۲۴ ساعت >	پارشیال (زمان ناشناخته) <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>

مداخلات پیش از تولد:	زمان کلامپ کورد	نانیه ۲۰ < <input type="checkbox"/>	نانیه ۶۰-۳۰ <input type="checkbox"/>	نانیه ۱۲۰-۶۰ <input type="checkbox"/>
----------------------	-----------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

آپکار تولد:	دقیقه ۱	دقیقه ۵	دقیقه ۱۰	دقیقه ۱۵	دقیقه ۲۰
-------------	---------	---------	----------	----------	----------

احیاء مورد نیاز:	مراقبت معمول <input type="checkbox"/>	گامهای نخستین احیاء <input type="checkbox"/>	CPAP <input type="checkbox"/>	PPV با بگ و ماسک <input type="checkbox"/>
PPV از طریق لوله تراشه <input type="checkbox"/>	لوله گذاری و ساکشن مکونیوم <input type="checkbox"/>	فشردن قفسه سینه <input type="checkbox"/>	دارو (اپی نفرین) <input type="checkbox"/>	

حداکثر اکسیژن بکار رفته در طی احیاء:	۲۱٪ <input type="checkbox"/>	۲۲-۴۰٪ <input type="checkbox"/>	۴۱-۷۰٪ <input type="checkbox"/>	۷۰٪ > <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

تشخیص اولیه:	تنفسی <input type="checkbox"/>	قلبی <input type="checkbox"/>	آسیفکسی/تشنج <input type="checkbox"/>	نیاز به جراحی <input type="checkbox"/>	ایکتر نیاز به تعویض خون <input type="checkbox"/>	سایر
وضعیت تنفسی در مبدأ:	تنفس خودبخودی <input type="checkbox"/>	تعداد تنفس در دقیقه	ماسک صورت <input type="checkbox"/>	کانول بینی <input type="checkbox"/>	کمک تنفسی <input type="checkbox"/>	NCPAP <input type="checkbox"/>
وضعیت راه های هوایی:	Stable <input type="checkbox"/>	انتوبه <input type="checkbox"/>	سایز لوله			
گردش خون:	سیانوز:	شوگ:	BT:	BP:	HR:	RR:

اقدامات انجام شده در بیمارستان مبدأ:	لوله نازوگاستریک <input type="checkbox"/>	سایز	IV Line <input type="checkbox"/>	محیطی <input type="checkbox"/>	مرکزی <input type="checkbox"/>	کاتتر ادراری <input type="checkbox"/>	سایز
داروها:	نوع و دوز دارو						
مایعات دریافتی در مبدأ:							

نتیجه بررسی های انجام شده - گازهای خونی - تصویر برداری در مبدأ:						
---	--	--	--	--	--	--

اطلاعات تحویل نوزاد در زمان خروج از بیمارستان

(این قسمت توسط کادر درمانی همراه بیمار تکمیل میگردد)

وضعیت نوزاد در زمان تحویل نوزاد به کادر درمانی همراه بیمار:

SPO2:	BP:	PR:	RR:	BT :
-------	-----	-----	-----	------

دارای تنفسهای خود بخودی ☐ تعداد تنفس :انتوبه ☐ سائز لوله: طول لوله داخل تراشه :آیا لوله تراشه کارکرد مناسب دارد؟ ☐ بلی ☐ خیرکادر درمانی همراه بیمار
مهر و امضاءسوپر وایزر بیمارستان مبدأ
مهر و امضاء

اقدامات انجام شده توسط تیم اعزام در حین انتقال:

ساعت کنترل								
SPO2								
PR								
RR								
BT								

☐ تجویز اکسیژن ☐ انتوباسیون ☐ ماساژ قلبی ☐ تهویه با بگ و ماسک ☐ اصلاح محل لوله تراشه ☐

☐ CPAP ☐ تهویه مکانیکی ☐ Chest Tube ☐ افزایش حجم ☐

استفاده از داروها :

.....

وضعیت نوزاد در بیمارستان مقصد

(این قسمت توسط پزشک تحویل گیرنده بیمار در بیمارستان مقصد تکمیل میگردد)

SPO2 :	BP:	PR :	RR:	BT :
--------	-----	------	-----	------

انتوبه :	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
کارکرد مناسب لوله تراشه :	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
IV Line :	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

در هنگام تحویل بیمار	بلی	خیر
فرم اعزام بصورت کامل تکمیل شده و امضاء متخصص مربوطه دارد ؟		
مراقبتهای درمانی مناسب در بین راه انجام شده است ؟		
بیمار بصورت کامل و علمی توسط پرسنل همراه تحویل داده شد ؟		
نتایج آزمایشات و اقدامات درمانی یا پاراکلینیکی انجام شده همراه بیمار است ؟		
وضعیت بیمار با گزارش ارائه شده مطابقت دارد ؟		
بیمار اندیکاسیون اعزام به این مرکز را دارد ؟		
نیاز به تکمیل فرم نابسامانی اعزام دارد؟		

نام پزشک تحویل گیرنده بیمار
مهر و امضاء

تاریخ و ساعت تحویل بیمار:

