دستورالعمل تکمیل :

**نکته1:**

**1-تعداد ارجاع شده به متخصص اطفال / فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته که تا زمان مراجعه به حوزه بهداشت توسط پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان معاینه نشده اند و توسط تیم سلامت، به پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان ارجاع می شوند . مانند نوزادانی که در خانه یا در مراکز تسهیلات زایمان بدنیا آمده اند.

**2-تعداد مراجعه کرده به متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته ارجاع شده مطابق با یند یک که به منظور بررسی نیاز به غربالگری رتینوپاتی به متخصص اطفال / فوق تخصص نوزادان مراجعه کرده اند، می باشد.

**3- تعداد عدم نیاز ارجاع به پزشک ROP از نظر متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته که هنگام ترخیص از بیمارستان یا پس از آن توسط متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان مورد ارزیابی قرار گرفته اند و نیازمند ارجاع به پزشک ROP نمی باشند.

**4- تعداد ارجاع به پزشکROP :** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته که هنگام ترخیص از بیمارستان یا پس از آن توسط متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان جهت انجام غربالگری رتینوپاتی به پزشک ROP ارجاع شده اند.

**نکته2:**

اگر در هر گروه سنی نوزادان مرگ نوزاد قبل از انجام غربالگری رتینوپاتی اتفاق افتاده است در ستون ملاحظات تعداد مرگ ثبت شود**.**

**نکته 3:**

اگر در هر گروه سنی نوزادان( بند 3-7) نوزاد جهت انجام غربالگری به پزشک مراجعه ننموده و یا به پزشک ROP مراجعه شده اما غربالگری انجام نشده است در ستون ملاحظات علت عدم مراجعه یا عدم انجام غربالگری توسط پزشک ROP ثبت گردد.

مرکز ................خانه بهداشت :.....................ماه............

**تعداد موالید زنده : تعداد نوزادان با سن تولد کمتر از 34 هفته: تعداد نوزادان با وزن 2000گرم و کمتر :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی نوزاد / مادر** | **کد ملی نوزاد/ مادر** | **تاریخ تولد نوزاد** | **جنس** | **سن بارداری** | **وزن تولد به گرم** | **آیا نوزاد سابقه بستری در بیمارستان دارد؟** | | **آیا غربالگری طی زمان بستری در بیمارستان انجام شده است؟** | | **تاریخ ارجاع به پزشک ROP / متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان** | **نتیجه ارجاع** | | **نتیجه معاینه پزشک متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان**  (سن تولد بین 34 تا 37هفته) | | **نتیجه معاینه پزشک**  **معین رتینوپاتی** | | **ملاحظات** |
| **بلی** | **خیر** | **بلی** | **خیر** | **مراجعه کرده** | **مراجعه نکرده** | **ارجاع جهت انجام غربالگری** | **نیاز به ارجاع ندارد** | **طبیعی** | **غیر طبیعی** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تعداد نوزادان با سن تولد کمتر از 34 هفته و وزن 2000 گرم و کمتر : 0 تعداد نوزادان با سن تولد 34 تا 37 هفته :0**

**نکته: منظور از سابقه بستری در بیمارستان نوزادان بستری شده تا 1ماه و بیشتر میباشد.**

**1-ارجاع به متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته که تا زمان مراجعه به حوزه بهداشت توسط پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان معاینه نشده اند و توسط تیم سلامت به پزشک متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان ارجاع می شوند .

**2- نتیجه معاینه پزشک متخصص اطفال/ فوق تخصص نوزادان:** منظور تعداد نوزادان با سن تولد بین 34 - 37 هفته که در زمان ترخیص از بیمارستان یا پس از آن توسط متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان بررسی و نیاز آنان به انجام غربالگری رتینوپاتی مشخص شده است.

**3- تکمیل سایر موارد همانند دستورالعمل قبل می باشد.**