		سن :	سن :	سن : .....
	شماره خانوار ..... تاریخ تولد: ..... تاریخ مراجعه:	.....	.....	.....
	نام کودك : فرم ثبت کودك سالم درسن:	۵ـ ۳ روزگی	۱۵ ـ ۱۴ روزگی	۴۵ـ ۳۰ روزگی
ارزیابی نشانه خطر	تنفس دردقیقه..... ۱) تنفس تند ۲) پرش پره های بینی ۳) توکشیدن شدید قفسه سینه ۴) ناله کردن ۵) کاهش سطح هوشیاری ۶) بی قراری وتحریك پذیری ۷) تحرك کم ترازمعمول وبی حالی ۸) برآمدگی ملاج درجه حرارت..... ۹) درجه حرارت بالا یا پایین ۱۰) رنگ پریدگی شدید و بی حالی ۱۱) سیانوز ۱۲) عدم توانایی درشیرخوردن ۱۳) زردی ۲۴ ساعت اول	..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ C..... ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳	..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ C..... ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲	..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ C..... ۹ ۱۰ ۱۱ ۱۲
طبقه بندی	۱ـ احتمال عفونت باکتریال شدید ۲ـ عفونت باکتریال شدید ندارد پیگیری			
زردی	آیا سفیدی چشم ونوك بینی زرد می باشد؟ اگربلی : مدت؟..... روز ۱) گسترش وسیع زردی(پایین تر از شکم) ۲) مادرRhمنفی ۳) سابقه زردی خطرناك ۴) سن حاملگی کم تر از ۳۷ هفته ۵) وزن تولد کم تراز ۲۵۰۰گرم ۶) زردی که بیش تر از ۱۴روز طول بکشد	بله/خیر .....روز ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	بله/خیر .....روز ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶	بله/خیر ..... روز ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶
طبقه بندی	۱ـ زردی شدید ۲ـ زردی خفیف ۳ـ زردی ندارد ۴ـ زردی طولانی مدت پیگیری			
وزن	۱) زیر منحنی قرمز(۳ـ انحراف معیار) ۲) بالای منحنی قرمز(۳ـ انحراف معیار) ۳) موازی وصعودی نبودن بامنحنی رشد ۴) موازی وصعودی بودن بامنحنی رشد	وزن ..... گرم ۱ ۲	وزن ..... گرم ۱ ۲ ۳ ٤	وزن ..... گرم ۱ ۲ ۳ ٤
طبقه بندی	۱ـ کم وزنی شدید ۲ـ اختلال رشددارد ۳ـ اختلال رشدندارد ۴ـ رشدنامعلوم پیگیری			
قد	۱) زیر منحنی قرمز(۳ـ انحراف معیار) ۲) بالای منحنی قرمز(۳ـ انحراف معیار) ۳) موازی وصعودی نبودن بامنحنی قد ۴) موازی وصعودی بودن بامنحنی قد	قد ..... سانتی متر ۱ ۲	قد ..... سانتی متر ۱ ۲ ۳ ٤	قد ..... سانتی متر ۱ ۲ ۳ ٤
طبقه بندی	۱ـ کوتاه قدی شدید ۲ـ رشدقدی نامطلوب ۳ـ رشدقدی مطلوب ۴ـ رشدقدی نامعلوم پیگیری			
دورسر	۱) زیر منحنی قرمزیا بالای صدك ۹۷ ۲) بالای منحنی قرمز و زیرصدك ۹۷ ۳) موازی وصعودی نبودن بامنحنی دورسر ۴) موازی وصعودی بودن بامنحنی دورسر	دورسر..... سانتی متر ۱ ۲	دورسر.....سانتی متر ۱ ۲ ۳ ٤	دورسر..... سانتی متر ۱ ۲ ۳ ٤
طبقه بندی	۱ـ دورسرغیرطبیعی ۲ـ دورسر نامطلوب ۳ـ دورسرطبیعی ۴ـ دورسر نامعلوم پیگیری			
تغذیه شیرخوار	کودک با چه شیری تغذیه می شود؟ ۱) شیر مادر ۲)شیر مصنوعی ۳)شیر دام ٤) شیر مادر و شیرمصنوعی ۵) شیر مادر و شیر دام ٦) شیر مصنوعی و شیر دام اگر شیر مادر می خورد: اگرشیر مادر نمی خورد:** چندبار در ٢٤ ساعت ..... آیا شب ها شیر می خورد؟ کودک شیرمادر خوار: ۱) قادر به شیرخوردن نیست ۲) به هیچ وجه پستان را نمی گیرد ۳) نمی نواند بمکد آیا کودک مایعات دیگر می‌خورد؟ اگر بلی چه مایعاتی؟ .... چند بار؟ بررسی وضعیت تغذیه شیرخوار: ۱) مطابقت با توصیه‌های تغذیه‌ای ندارد ۲) خوب پستان نمی‌گیرد ۳) خوب نمی‌مکد ۴) وجود برفک دردهان ۵) اختلال رشد دارد تکمیل فرم بررسی تغذیه با شیرمادر: ** زمان قطع شیر مادر: علت قطع شیر مادر: ۱) عدم کفایت شیر مادر ۲)بیماری مادر ۳)بیماری شیر خوار ۴)عدم تمایل مادر ۵) سایر موارد.....	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر ..... روزگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر ..... روزگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله/ خیر ..... روزگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ .....
طبقه بندی	۱ـ عفونت باکتریال شدید ۲ـ مشکل تغذیه ای دارد ۳ـ مشکل تغذیه ای ندارد پیگیری			
بینایی	آیا به صورت شما نگاه می کند؟ آیا چشم هایش را درمقابل نورمی بندد؟ ۱) ظاهر یا حرکات غیر طبیعی چشم	بله/خیر بله/خیر ۱	بله/خیر بله/خیر ۱	بله/خیر بله/خیر ۱
طبقه بندی	۱ـ مشکل بینایی دارد ۲ـ مشکل بینایی ندارد پیگیری			
تکامل	۱. آیا کودك به صورت شما توجه می کند؟ ۲. آیا کودك صدای آرام ازخودش درمی آورد؟ ۳. آیا کودك به صدای زنگ پاسخ می دهد یا با سرش، صدای دیگران راتعقیب می کند؟ ٤. آیا درمورد نحوه استفاده از دست ها و انگشتان نگرانی وجود دارد؟ ۵. آیا شیرخوار قادر به بالا آوردن لحظه ای سر در حالی که روی شکم خوابیده است می باشد؟ ٦. آیا درمورد حرکت اندام ها و نحوه استفاده از پاها و بازوها نگرانی وجود دارد؟	بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم بله خیر نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم
طبقه بندی	۱ـ مشکل تکاملی شدید ۲ـ مشکل تکاملی نامعلوم ۳ـ مشکل تکاملی ندارد پیگیری			
سایر مشکلات :				
واکسن	۱) واکسیناسیون ناقص است ۲) واکسیناسیون کامل است	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲
مکمل‌ویتامینی	۱) مصرف ناقص مکمل ها ۲) مصرف کامل مکمل ها منبع تهیه مکمل: ۱) خانواده ۲)مرکز بهداشت تعداد مولتی ویتامین یا A+D تحویل داده شده:	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲ .....
آزمایش	آیا تست هیپوتیرووییدی را انجام داده است؟ اگر بلی، ۱) طبیعی ۲) غیرطبیعی بله / خیر ۱ ۲ تاریخ انجام تست:			
ارجاع	آیا کودك ارجاع شده است؟ اگربلی، کجا؟ علت ارجاع:	بله خیر-----	بله خیر-----	بله خیر-----
توصیه ها	۱ . آیا نوشته یا توصیه ای درمورد تغذیه داده شده است؟ ۲ . اگربلی، چه توصیه ای؟ ۳ . آیا نوشته یا توصیه ای درموردپیشگیری ازحوادث داده شده است؟ ۴ . آیا نوشته یا توصیه ای درمورد ارتباط والدین با کودك داده شده است؟	بله /خیر ------- ..... بله /خیر بله /خیر	بله /خیر ------- ..... بله /خیر بله /خیر	بله /خیر ------- ..... بله /خیر بله /خیر
نتایج حاصل از پیگیری:	۱) بهتر شده ۲) بهترنشده ۳) نامعلوم ٤) پیگیری نشده			
نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:				