

شماره خانوار:	تاریخ تولد:	تاریخ مراجعه:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:								
نام کودک:	فرم ثبت کودک سالم در سن:	۲ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی	۷ ماهگی	۹ ماهگی									
آزمایش بینایی	۱- رنگ پریدگی (۲ سیانوز لب ها (۳ بی حالی	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱									
بینایی	۱- مشکل جدی احتمالی ۲- مشکل جدی ندارد														
وزن	۱) زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) (۲ بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۴ موازی و صعودی بودن با منحنی رشد	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱	وزن کیلوگرم ۴ ۳ ۲ ۱									
بینایی	۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد دارد ۳- اختلال رشد ندارد														
وزن	۱) زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) (۲ بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی قد (۴ موازی و صعودی بودن با منحنی قد	قد ... سانتی متر ۴ ۳ ۲ ۱	قد ... سانتی متر ۴ ۳ ۲ ۱	قد ... سانتی متر ۴ ۳ ۲ ۱	قد ... سانتی متر ۴ ۳ ۲ ۱	قد ... سانتی متر ۴ ۳ ۲ ۱									
بینایی	۱- کوتاه قدی شدید ۲- رشد قدی نامطلوب ۳- رشد قدی مطلوب														
طول	۱) زیر منحنی قرمز یا بالای صدک ۹۷ (۲ بالای منحنی قرمز و زیر صدک ۹۷ ۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی دورسر (۴ موازی و صعودی بودن با منحنی دورسر	دورسر cm ۴ ۳ ۲ ۱	دورسر cm ۴ ۳ ۲ ۱	دورسر cm ۴ ۳ ۲ ۱	دورسر cm ۴ ۳ ۲ ۱	دورسر cm ۴ ۳ ۲ ۱									
بینایی	۱- دورسر غیر طبیعی ۲- دورسر نامطلوب ۳- دورسر طبیعی ۴- دورسر نامطلوب														
تغذیه شیرخوار	کودک با چه شیری تغذیه می شود؟ (۱ شیر مادر (۲ شیر مصنوعی (۳ شیر دام (۴ شیر مادر و شیر مصنوعی (۵ شیر مادر و شیر دام (۶ شیر مصنوعی و شیر دام اگر شیر مادر می خورد: چندبار در ۲۴ ساعت آیا شیب ها شیر می خورد؟ کودک شیرمادر خوار: (۴) قدر به شیر خوردن نیست (۲) به هیچ وجه پستان را نمی گیرد (۳) نمی تواند بمکد آیا کودک مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی چه مایعاتی؟ چند بار؟ بررسی وضعیت تغذیه شیرخوار: (۱) مطابقت با توصیه های تغذیه ای ندارد (۲) خوب پستان نمی گیرد (۳) خوب نمی مکد (۴) وجود بریفک دردهان (۵) اختلال رشد دارد تکمیل فرم بررسی تغذیه با شیرمادر: بار / بله / خیر ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴ بار / بله / خیر ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴ بار / بله / خیر ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴ بار / بله / خیر ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴ بار / بله / خیر ۳ ۲ ۱ ۶ ۵ ۴									
** زمان قطع شیر مادر: عزت قطع شیر مادر (۱) عدم کفایت شیر مادر (۲) بیماری مادر (۳) بیماری شیر خوار (۴) عدم تمایل مادر (۵) سایر موارد.....		ماهیگی ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	ماهیگی ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	ماهیگی ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	ماهیگی ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	ماهیگی ۵ ۴ ۳ ۲ ۱									
بینایی	۱- عفونت باکتریال شدید ۲- مشکل تغذیه ای دارد ۳- مشکل تغذیه ای ندارد														
بینایی + بینایی	آیا به صورت شما نگاه می کند؟ آیا چشم هایش را در مقابل نور می بندد؟ (۱) ظاهرا با حرکات غیر طبیعی چشم									
بینایی	۱- مشکل بینایی دارد ۲- مشکل بینایی ندارد														
تکمیل	۱) آیا در مورد رفتار کودک نگرانی وجود دارد؟ ۲) آیا در مورد نحوه حرف زدن کودک نگرانی وجود دارد؟ ۳) آیا در مورد نحوه فهمیدن کودک نگرانی وجود دارد؟ ۴) آیا در مورد نحوه استفاده از دست ها و انگشتان نگرانی وجود دارد؟ ۵) آیا در مورد نحوه استفاده از پاها و میزها نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم خیر بله نامعلوم									
بینایی	۱- مشکل تکاملی شدید ۲- مشکل تکاملی نامطلوب ۳- مشکل تکاملی ندارد														
سایر مشکلات:															
واکسن	۱) واکسناسیون ناقص است (۲) واکسناسیون کامل است	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱									
مکمل ویتامین	۱) مصرف ناقص مکمل ویتامینی (۲) مصرف کامل مکمل ویتامینی منبع تهیه مکمل: (۱) خانواده (۲) مرکز بهداشت تعداد مولتی ویتامین یا A+D تحویل داده شده:	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱									
مکمل آهن	۱) مصرف ناقص مکمل آهن (۲) مصرف کامل آهن منبع تهیه مکمل: (۱) خانواده (۲) مرکز بهداشت تعداد مکمل آهن تحویل داده شده:	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱									
آزمایش	آیا آزمایش کم خونی را انجام داده است؟ اگر بلی، (۱) طبیعی (۲) غیر طبیعی	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر									
ارجاع	آیا کودک ارجاع شده است؟ اگر بلی، کجا؟ علت ارجاع:	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر	بله / خیر									
توجه	۱) آیا برای کودک توصیه درمانی یا تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟ ۲) آیا نوشته یا توصیه ای در مورد پیگیری از حوادث داده شده است؟ ۳) آیا نوشته یا توصیه ای در مورد ارتباط والدین با کودک داده شده است؟ آیا توصیه های آموزشی در مورد دهان و دندان داده شده است؟	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر									
+ سوالات بینایی بر حسب سن															
راههای دندان ها															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EDCBA</td> <td colspan="2">ABCDE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EDCBA</td> <td colspan="2">ABCDE</td> </tr> </table>								EDCBA		ABCDE		EDCBA		ABCDE	
EDCBA		ABCDE													
EDCBA		ABCDE													
نکات کلیدی تکمیل بر حسب سن															
<p>۱- بلخند زدن ۲- در آوردن صدای او ۳- آرام شدن با صدای مادر ۴- عدم نگرانی در مورد استفاده از انگشتان ۵- بلند کردن سر تا ۴۵ درجه</p> <p>۱- توجه به دست هایش ۲- جیغ کشیدن ۳- توجه به صدای جغجه ۴- رساندن دست ها به همدیگر - گرفتن جغجه ۵- ثابت نگهداشتن سر در حالت نشسته</p> <p>۱- تلاش برای گرفتن اسباب بازی ۲- تقلید صدای او ۳- برگشتن به طرف صداها ۴- رساندن دست به چیزی ۵- غلت زدن</p> <p>۱- تلاش برای گرفتن اسباب بازی ۲- تقلید صدای او ۳- برگشتن به طرف صداها ۴- رساندن دست به چیزی ۵- غلت زدن</p> <p>۱- خودش غذا می خورد ۲- بابا و ماما نامفهوم گوش کردن با دقت ۳- برداشتن اشیا ۴- برداشتن اشیا کوچک ۵- نشستن بدون کمک</p>															
نتایج حاصل از پیگیری: (۱) بهتر شده (۲) بهتر نشده (۳) نامطلوب (۴) پیگیری نشده															
نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:															