شماره خانوار: ..... تاریخ تولد: ..... تاریخ مراجعه:

نام کودک : فرم ثبت کودک سالم درسن:

		سن:	سن:	سن:	سن:	سن: .....
		.....	.....	.....	.....	.....
		۲ماهگی	٤ماهگی	٦ماهگی	۷ماهگی	۹ماهگی
ارزیابی عمومی	۱) رنگ پریدگی ۲) سیانوز لب ها ۳) بی حالی	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳
طبقه بندی	۱- مشکل جدی احتمالی ۲- مشکل جدی ندارد پیگیری					
وزن	۱) زیر منحنی قرمز(۳- انحراف معیار) ۲) بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی وصعودی نبودن با منحنی رشد ۴) موازی وصعودی بودن با منحنی رشد	وزن ....کیلوگرم ۱ ۲ ۳ ۴	وزن ....کیلوگرم ۱ ۲ ۳ ۴	وزن .... کیلوگرم ۱ ۲ ۳ ۴	وزن .... کیلوگرم ۱ ۲ ۳ ۴	وزن .... کیلوگرم ۱ ۲ ۳ ۴
طبقه بندی	۱- کم وزنی شدید ۲- اختلال رشددارد ۳- اختلال رشدندارد ۴- رشد نامعلوم پیگیری					
قد	۱) زیر منحنی قرمز(۳- انحراف معیار) ۲) بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ۳) موازی وصعودی نبودن با منحنی قد ۴) موازی وصعودی بودن با منحنی قد	قد ...سانتی متر ۱ ۲ ۳ ۴	قد ...سانتی متر ۱ ۲ ۳ ۴	قد ...سانتی متر ۱ ۲ ۳ ۴	قد ...سانتی متر ۱ ۲ ۳ ۴	قد ...سانتی متر ۱ ۲ ۳ ۴
طبقه بندی	۱- کوتاه قدی شدید ۲- رشدقدی نامطلوب ۳- رشدقدی مطلوب ۴- رشدقدی نامعلوم پیگیری					
سر دور	۱) زیر منحنی قرمزیا بالای صدک۹۷ ۲) بالای منحنی قرمز وزیرصدک ۹۷ ۳) موازی وصعودی نبودن بامنحنی دورسر ۴) موازی وصعودی بودن بامنحنی دورسر	دورسرcm..... ۱ ۲ ۳ ۴	دورسرcm..... ۱ ۲ ۳ ۴	دورسرcm..... ۱ ۲ ۳ ۴	دورسرcm..... ۱ ۲ ۳ ۴	دورسرcm..... ۱ ۲ ۳ ۴
طبقه بندی	۱- دورسرغیرطبیعی ۲- دورسر نامطلوب ۳- دورسرطبیعی ۴- 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 ٥) شیر مادر و شیر دام ٦) شیر مصنوعی و شیر دام اگر شیر مادر می خورد: اگرشیر مادر نمی خورد:** چندبار در ۲٤ 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 تواند 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 ٥) اختلال رشد دارد تکمیل فرم بررسی تغذیه با شیرمادر:	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله /خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر .....بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله/ خیر	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر .....بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر	۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ .... بار بله / خیر ۱ ۲ ۳ بله/ خیر ..... بار ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ بله / خیر
	** زمان قطع شیر مادر: علت قطع شیر مادر: ۱) عدم کفایت شیر مادر ۲) بیماری مادر ۳)بیماری شیر خوار ۴)عدم تمایل مادر ٥) سایر موارد.....	..... ماهگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	..... ماهگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	..... ماهگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	..... ماهگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵	..... ماهگی ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ .....
طبقه بندی	۱- عفونت باکتریال شدید ۲- مشکل تغذیه ای دارد ۳- مشکل تغذیه ای ندارد پیگیری					
بینایی+	آیا به صورت شما نگاه می کند؟ آیا چشم هایش رادرمقابل نورمی بندد؟ ۱) ظاهریا حرکات غیر طبیعی چشم	+ بله/خیر له/خیر ۱	+ بله/خیر بله/خیر ۱	+ بله/خیر بله/خیر ۱	+ بله/خیر بله/خیر ۱	+ بله/خیر بله/خیر ۱
طبقه بندی	۱-مشکل بینایی دارد ۲- مشکل بینایی ندارد پیگیری					
تکامل*	۱) آیا در مورد رفتار کودک نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم
	۲) آیا در مورد نحوه حرف زدن کودک نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم
	۳) ایا درمورد نحوه فهمیدن کودک نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم
	٤) آیا درمورد نحوه استفاده از دست ها وانگشتان نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم
	٥) آیا درمورد نحوه استفاده از پاها وبازوها نگرانی وجود دارد؟	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم	خیر بله نامعلوم
طبقه بندی	۱-مشکل تکاملی شدید ۲- مشکل تکاملی نامعلوم ۳- مشکل تکاملی ندارد پیگیری					

سایر مشکلات:

واکسن	۱) واکسیناسیون ناقص است ۲) واکسیناسیون کامل است	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲
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:	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲ .....
مکمل آهن	۱) مصرف ناقص مکمل آهن ۲) مصرف کامل مکمل آهن منبع تهیه مکمل: ۱) خانواده ۲)مرکز بهداشت تعداد مکمل آهن تحویل داده شده:	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲	۱ ۲ ۱ ۲ .....
آزمایش	آیا آزمایش کم خونی راانجام داده است؟ اگر بلی، ۱) طبیعی ۲) غیرطبیعی			بلـــه / خـیر ۱ ۲		
ارجاع	آیا کودک ارجاع شده است؟ اگربلی، کجا؟ علت ارجاع:	بله / خیر --------	بله / خیر --------	بله / خیر --------	بله / خیر --------	بله / خیر --------
توصیه ها	۱) آیا برای کودک توصیه درمانی یاتغذیه ای داده شده است؟ اگربلی ، چه توصیه ای؟ ۲) آیا نوشته یا توصیه ای درموردپیشگیری ازحوادث داده شده است؟ ۳)آیا نوشته یا توصیه ای درموارتباط 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 بله/خیر	بله/خیر ..... بله/خیر بله/خیر	بله/خیر ..... بله/خیر بله/خیر	بله/خیر ..... بله/خیر بله/خیر
	+ سوالات بینایی برحسب سن	- نگاه به صورت شما بستن چشم درمقابل نور	- نگاه با توجه به ا طراف - واکنش برای گرفتن اشیا	- نگاه با توجه به اطراف - واکنش برای گرفتن اشیا	- نگاه با توجه به اطراف - واکنش برای گرفتن اشیا	- حرکت هماهنگ چشم ها - حرکت اسباب بازی خیلی کوچک
	راهنمای دندان ها + EDCBA | ABCDE EDCBA | ABCDE	- لبخندزدن ۲- درآوردن صدای ا- او ۳- آرام شدن با صدای مادر ٤- عدم نگرانی در مورد استفاده از انگشتان ٥- بلند کردن سر تا ٤٥ درجه	۱- توجه به دست هایش ۲- جیغ کشیدن ۳- توجه به صدای جغجغه ٤- رساندن دست ها به همدیگر- گرفتن جغجغه ٥- ثابت نگهداشتن سر در حالت نشسته	۱- تلاش برای گرفتن اسباب‌بازی ۲- تقلید صدای او ۳- برگشتن به طرف صداها ٤- رساندن دست به چیزی ٥- غلت زدن	۱- تلاش برای گرفتن اسباب‌بازی ۲- تقلید صدای او ۳- برگشتن به طرف صداها ٤- رساندن دست به چیزی ٥- غلت زدن	۱- خودش غذا می خورد ۲- بابا و ماما نامفهوم ۳- گوش کردن با دقت به صداهای آشنا ٤- برداشتن اشیای کوچک ٥- نشستن بدون کمک
	*نکات کلیدی تکامل بر حسب سن					
	نتایج حاصل از پیگیری: ۱) بهتر شده ۲) بهترنشده ۳)نامعلوم ٤) پیگیری نشده	۱ ۲ ۳ ۴	۱ ۲ ۳ ۴	۱ ۲ ۳ ۴	۱ ۲ ۳ ۴	۱ ۲ ۳ ۴
	نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:					