راهنمای تکمیل فرم ثبت زایمان خارج بیمارستانی ۱۳۹۸

اداره سلامت نوزادان

اداره سلامت مادارن

دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت

انجمن علمی پزشکان نوزادان کشور

انجمن پریناتولوژی







در ابتدا پس از ورود کاربر به صفحه فرم ثبت اطلاعات، **نام دانشگاه، نام شهرستان** به طور خودکار ثبت می شود.

نحوه مواجهه شما با نوزاد: یکی از موارد را انتخاب نمائید. تکمیل فرم هنگام انتخاب مواجهه پس از زایمان/ در منزل/ بین راه تفاوت دارد و برخی موارد مانند وزن نوزاد و ... از حالت ورود الزامی اطلاعات خارج می شود.

اطلاعات مادری

۱. شماره پرونده مادر/ شماره دفتر ثبت زایمان:

شماره پرونده مادر را بدون خط فاصله و فقط به صورت شماره در این قسمت وارد نمایید. در صورتی که مادر پرونده ندارد نام و نام خانوادگی را در دفتر با یک شماره ثبت نمایید. سپس این شماره (شماره دفتر ثبت زایمان) را به عنوان شماره پرونده مادر ثبت نمائید.

۲. ملیت مادر:

ملیت ایرانی یا غیر ایرانی انتخاب شود. ملیت مادر را در صورتی که ایرانی نیست مشخص نمایید. در سامانه به صورت پیش فرض گزینه ایرانی انتخاب شده است. در صورت انتخاب گزینه غیر ایرانی لطفا ملیت آن را از گزینه های موجود انتخاب نمایید. با تایپ اولین حروف کشور مورد نظر می توانید به کشور مورد نظر خود زودتر دست پیدا کنید.

سال تولد مادر:

به صورت چهار رقمی مانند ۱۳٦٤ نوشته شود.

۳. شماره ملی مادر:

در صورت ایرانی بودن، شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علایم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویرگول اجتناب شود. در صورت غیر ایرانی بودن مادر، این فیلد غیر فعال می شود.

بعد از درج سال تولد برای مثال ۱۳٦۰ و شماره ملی مادر بر گزینه استعلام شماره ملی کلیک کنید. اگر شماره ملی نادرست باشد دور آن نقطه چین قرمز ظاهر خواهد شد.

۴. فاقد شماره ملی

در صورت عدم وجود شماره ملی این گزینه تیک بخورد. ممکن است مادری شماره ملی داشته باشد ولی شما کارت را رویت نکرده یا کارت ملی مفقود شده باشد. در این صورت این گزینه را انتخاب ننمایید. در صورتی که برای شما محرز است که مادر ایرانی است و واجد هیچ گونه اوراق هویتی نیست و شماره ملی به هیچ وجه قابل استحصال نبود این گزینه را انتخاب نمایید. اگر این مرود را انتخاب کردید در درج شماره تلفن همراه یا منزل دقت کنید زیرا سامانه شماره تلفن را جایگزین شماره ملی می مند تا بتواند داده ها را یکپارچه کند.

۵. نام و نام خانوادگی مادر:

نام و نام خانوادگی مادر به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود. در مواردی مانند رحم اجاره‌ای نیز نام زائو(مادری که باردار است) در این قسمت نوشته می‌شود.

۶. تاریخ تولد مادر

در صورتی که ملیت مادر ایرانی باشد تاریخ تولد پس از انتخاب ملیت ایرانی، سال تولد و کد ملی به صورت سیستمی درج خواهد شد. اگر ملیت مادر غیرایرانی یا ملیت ایرانی و فاقد کد ملی باشد تاریخ تولد با استفاده از تقویم شمسی، به تفکیک روز، ماه و سال انتخاب و باید به صورت دستی از سمت چپ نوشته شود و بین اعداد slash گذاشته شود؛ برای مثال: ۱۳٦٤/۱/۱

۷. نسبت خویشاوندی

منظور از نسبت خویشاوندی درجه یک یا دو مادر با پدر نوزاد می باشد. که شامل خاله زاده، دایی زاده، عموزاده و عمه زاده و همچنین شامل نوادگان خاله و دایی و عمه و عمو می باشد.

۸. تعداد قل (چند قلو؟)

با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلویی باشد، مرتبه تولد ۱ نوشته می شود.

۹. محل سکونت دائم مادر

یکی از گزینه های شهر، روستا یا عشایر انتخاب شود. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب می شود. چنانچه مادر ساکن روستاست و فقط برای انجام زایمان به بیمارستان شهر آمده و مهمان بستگان می باشد محل سکونت روستا علامت زده شود. لطفا از مادر به زبانی ساده و روان سوال کنید که محل دائم زندگی وی کجاست. اگر برای زایمان به صورت موقت به شهر و منزل بستگان آمده باشد ممکن است نحوه سوال شما مادر را به اشتباه بیندازد.

۱۰. نشانی محل زندگی

استان و شهرستان محل زندگی انتخاب شود. در صورت عشایر بودن این گزینه از حالت اجبار خارج می شود. در صورتی که کوچ فصلی مادر در یک استان بخصوص محدود می شود می توانید استان را انتخاب نمایید. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب شود. اگر در محل سکونت دائم مادر، گزینه عشایر انتخاب شود این گزینه غیر اجباری می شود

۱۱. شماره تلفن همراه مادر یا پدر

ثبت یک شماره همراه از والدین اجباری می باشد. در صورتیکه والدین شماره تلفن همراه نداشته باشند شماره تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک درج گردد.

۱۲. نوع بیمه

برای تعیین نوع بیمه مادر در قسمت مربوطه یکی از گزینه های زیر که نشان دهنده بیمه پایه مادر (نه بیمه تکمیلی) می باشد انتخاب می گردد: ۱) تامین اجتماعی۲) بیمه خدمات درمانی ۳) نیروهای مسلح ٤) کمیته امداد امام خمینی ۵) سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ...) ٦) بیمه سلامت ایرانیان ۷) ندارد. اگر مادر بیمه های مختلف داشته باشد، ملاک بیمه ای است که با آن بستری شده است.

۱۳. میزان تحصیلات مادر

تحصیلات بر اساس گفته مادر یکی از هشت گزینه زیر انتخاب می گردد.۱) بی سواد 2) سواد خواندن و نوشتن (بدون مدرک) ۳) نهضت سوادآموزی٤) ابتدائی۵) کمتر از دیپلم٦) دیپلم یا پیش دانشگاهی۷) فوق دیپلم (کاردان)۸) لیسانس (کارشناس)تا فوق لیسانس (کارشناسی ارشد)۱۰) دکترای تخصصی PHD (غیر پزشکی)۱۱) دکترای حرفه ای (پزشکی)۱۲) علوم دینی سطح یک ۱۳) علوم دینی سطح دو ۱٤) علوم دینی سطح سه ۱۵) بدون پاسخ. بیسواد کسی است که نمیتواند بخواند و بنویسد. اگر

فردی باسواد است با توجه به مقطع تحصیلی یکی از گزینه ها انتخاب شود. ملاک قرارگیری در یک مقطع تحصیلی اخذ مدرک حداقل یکی از پایه های تحصیلی می باشد.

- دکترای تخصصی/ فوق دکترا، منظور تخصص در تمامی رشته های علوم پزشکی و نیز دکترا در سایر رشته ها مانند ریاضی و آمار و ... است.
- بدون پاسخ شامل تحصیلات سایر ادیان، تحصیلات اهل تسنن و سواد بدون مدرک تحصیلی و عدم دسترسی به مادر جهت سوال و .... است.

۱۴. شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان

در صورتی که مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده است گزینه "خیر" و در صورتی که در این کلاس‌ها شرکت کرده است گزینه "بله" را انتخاب کنید.

۱۵. تعداد جلسه (آمادگی برای زایمان)

در صورت شرکت مادر در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، تعداد جلساتی که مادر در آن شرکت کرده است یادداشت کنید. حتماً گواهی شرکت در کلاس مادر را بررسی نمائید. از اظهارات مادر استفاده نشود.

۱۶. محل جلسات آموزشی

محل برگزاری جلسات آموزشی آمادگی برای زایمان که مادر در آن شرکت کرده است از یکی از این گزینه ها انتخاب می‌شود:
۱) مرکز بهداشتی ۲) بیمارستان ۳)مراکز مشاوره خدمات مامایی ۳) مطب متخصص زنان/ دفاتر کار مامایی
در صورتی که در دو جای مختلف آموزش ها را گرفته مکانی که بیشترین تعداد جلسات را گذرانده علامت بزنید.

۱۷. آیا مادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است؟

منظور از مراقبت یک به یک، دریافت خدمات مراقبتی در تسهیلات به نسبت هر مادر یک ماما می‌باشد. در صورتی که مادر چنین مراقبتی دریافت کرده است گزینه"بله" و در غیر این صورت گزینه "خیر" را انتخاب کنید. در صورت زایمان خارج از تسهیلات زایمانی تکمیل آن الزامی نیست.

۱۸. آیا مادر همراه داشت؟

اگر در هنگام دریافت مراقبت، مادر همراه داشته است، گزینه"بله" و در غیر این صورت گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۱۹. همراه مادر؟

در صورتی که مادر در هنگام لیبر و زایمان همراه داشته است، همراه مادر را از یکی از گزینه‌های: ۱) بستگان همجنس ۲) همسر ۳) ماما همراه انتخاب کنید.

۲۰. تعداد بارداری (G)

تعداد بارداری با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Gravid دفعات بارداری مادر صرفنظر از سرانجام آن که سقط بوده و یا زایمان، مورد نظر است. به طور مثال اگر مادری یک بار سقط داشته و یک بار زایمان نموده این بارداری وی G3 است. تعداد بارداری باید یک عدد از مجموع تعداد زایمان قبلی و سقط بیشتر باشد.

۲۱. تعداد زایمان قبلی (P)

تعداد زایمان با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از زایمان یا Para دفعاتی است که مادر زایمان ۲۲ هفته یا بالاتر داشته است. تعداد زایمان در حاملگی دو یا چند قلویی یک زایمان محسوب می شود زیرا مادر مراحل لیبر را یکبار تجربه می کند.

۲۶. تعداد سقط (Ab)

تعداد سقط با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Abortion خروج جنین قبل از ۲۲ هفته بارداری است. توجه: مقادیر اشتباه تعداد بارداری، زایمان و سقط پذیرفته نمی شود و دور کادر مورد نظر قرمز می شود.

۲۷.تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی)

با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود.

۲۸.مرگ نوزاد قبلی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

۲۹.سابقه مرده زایی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

۳۰. تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR)

بر اساس جواب سونوگرافی یا تشخیص پزشک به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) پاسخ داده شود.

۳۱. **تجویز کورتیکواستروییید به منظور تکامل ریه جنین:**

◯ کامل ◯ ناقص ◯ نگرفته است ◯ نامشخص

در صورت تکمیل دوره دریافت کورتون (۱۲ میلی گرم بتامتازون عضلانی و تکرار آن هر ۲٤ ساعت و ...) توسط مادر در دوران بارداری گزینه کامل، در صورت عدم تکمیل دوره گزینه ناقص انتخاب گردد. در صورتیکه کورتون دریافت نکرده است گزینه نگرفته است، و در صورتیکه اطلاعی از تجویز کورتون وجود ندارد نامشخص انتخاب گردد.

۳۲.بارداری به روش مصنوعیART

در صورت استفاده از روش های مصنوعی بارداری بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد. فقط در صورت انجام IVF و میکرواینجکشن برای وقوع بارداری گزینه بله انتخاب گردد. در غیر اینصورت گزینه خیرانتخاب می گردد.

۳۳.آیا تست HIV در دوران بارداری انجام شده است؟

اگر تست HIV در دوران بارداری انجام شده است، گزینه"بله" و اگر انجام نشده است، گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۳٤.در صورت پاسخ "خیر" آیا رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است؟

در صورت پاسخ "خیر" به سوال انجام تست HIV در دوران بارداری، اگر رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است، گزینه"بله" و اگر انجام نشده است، گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۳۵.نتیجه تست نهایی HIV

در صورت انجام تست HIV نتیجه آن را از گزینه‌های ۱) مثبت و ۲) منفی انتخاب کنید. در صورت مثبت بودن رپید تست برای ثبت نتیجه مثبت دقت شود تست تائیدی دوره بارداری بررسی و ثبت شود.انجام تست سریع در عنگام زایمان و نتیجه مثبت آن به عنوان به عنوان تست نهایی در نظر گرفته می شود.

۳۶.عوامل خطر بارداری:

- در صورتی که عامل خطر بارداری وجود ندارد با انتخاب گزینه " ندارد" (کد صفر) سایر گزینه ها غیر فعال می شود. در صورت انتخاب گزینه "دارد" (کد یک) انتخاب حداقل یک گزینه از موارد زیر اجباری است; همچنین امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد برای مثال در صورت وجود بیماری قلبی، دیابت بارداری، اعتیاد مادر به مواد روانگردان هر سه مورد انتخاب گردد. در صورت تیک زدن هر یک از موارد زیر گزینه مربوطه کد یک می‌گیرد. و گزینه‌های تیک نخورده کد صفر محسوب می‌شود.
- اظهار مادر در خصوص داشتن بیماری خاص یا مصرف داروی مربوط به بیماری یا تشخیص حین بستری در اتاق زایمان تائید کننده وجود عوامل خطر می باشد.
- جهت سهولت انتخاب عوامل خطر بارداری در چهار گروه تقسیم شده است:

۱- بیماری مادر:

- فشار خون مزمن: در صورت وجود بیمای فشار خون ۱۴۰/۹۰ قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری و یا مصرف داروی ضد فشارخون قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری جهت درمان بیماری فشار خون بالا، این گزینه انتخاب گردد.
- بیماری قلبی: بیماری قلبی قبل یا حین بارداری انتخاب شود.
- بیماری اتوایمیون: در صورت وجود بیماری های اتوایمیون در مادر نظیر لوپوس، گریوز، هاشیموتو، شوگرن، مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس و سایر بیماری های اتوایمیون این گزینه انتخاب گردد.
- دیابت پیش از بارداری: در صورت وجود دیابت قبل از هفته ۲۰ بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اختلالات تیروئید: در صورت بیماری کم کاری تیروئید تشخیص داده شده قبل یا حین بارداری و مصرف دارو در طی بارداری، علامت زده شود.
- بیماری اعصاب و روان (در حال دریافت دارو): در صورت وجود بیماری های اعصاب (نظیر صرع و...) یا بیماری های روانپزشکی (نظیر افسردگی شدید و ...) مادر، که تحت درمان یا کنترل با دارو است این گزینه انتخاب گردد.
- هموگلوبین کم‌تر از ۷ در زمان بستری: در صورت داشتن هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بستری گزینه آنمی علامت زده شود.
- بی اختیاری ادرار قبلی: از مادر سوال شود، سابقه بی اختیاری ادرار دارد یا خیر
- بی اختیاری مدفوع یا گاز قبلی: از مادر سوال شود، سابقه بی اختیاری مدفوع یا گاز دارد یا خیر

۲- عفونت:

- هپاتیت B: در صورت هپاتیت B^+ به تشخیص پزشک یا وجود آزمایش آنتی ژنی مثبت موید هپاتیت حاد یا فعال این گزینه انتخاب گردد. نتیجه آزمایش مادر بررسی شود.
- VDRL+ : بر اساس آزمایشات (داشتن تست VDRL مثبت) و تشخیص پزشک و علامت زده شود. چنانچه مادر دارای آزمایش های قبلی VDRL مثبت است و آزمایش های تائیدی بعدی منفی می باشد این گزینه علامت زده نشود.

- کوریوآمنیونیت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.
- پیلونفریت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.

۳- بیماری ناشی از بارداری:

- دیابت بارداری: بروز دیابت بعد از هفته ۲۰ چنانچه مادر با رژیم غذایی کنترل شده یا تحت درمان دارویی است علامت زده شود
- پره اکلامپسی/ اکلامپسی

پره اکلامپسی : فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱٤۰/۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری بروز کند تائید به فاصله ٤ ساعت و همراه با پروتئین اوری یا با شواهد درگیری چند ارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیهف کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است.

پره اکلامپسی شدید: افزایش فشارخون به میزان ۱٦۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر، در دو نوبت به فاصله حداقل ٤ تا ٦ ساعت همراه با بروز پروتئینوری به میزان ۲ گرم یا بیشتر با یا بدون هر یک از علایم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم ، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲٤ ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر و یا دو برابر نسبیت به سطح پایه و یا ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.

اکلامپسی: اضافه شدن تشنج به علایم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.

- بی اختیاری ادرار در بارداری فعلی: از مادر سوال شود، در بارداری فعلی بی اختیاری ادرار دارد یا خیر
- بی اختیاری مدفوع یا گاز در بارداری فعلی: از مادر سوال شود، در بارداری فعلی بی اختیاری مدفوع یا گاز دارد یا خیر

٤- سوء مصرف مواد:

- سیگار و دخانیات در بارداری اخیر: در صورت مصرف سیگار و یا سایر دخانیات نظیر قلیان در بارداری اخیر (به هر میزان) این گزینه انتخاب گردد.
- اعتیاد مادر به مواد مخدر: در صورت اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مواد در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اعتیاد مادر به داروهای روانگردان: در صورت اعتیاد مادر به مواد روانگردان از جمله قرص های توهم زا در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- مشروبات الکلی در دوران بارداری: در صورت مصرف مشروبات الکلی به هر میزان در بارداری اخیر، این گزینه انتخاب شود.

۳۷. عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود.

عوامل خطر زایمانی مورد نظر شامل: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت از ۳۷ هفته، دکلمان جفت، چسبندگی غیرطبیعی جفت، ضربان قلب جنینی مختل و زایمان زودرس(مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان) است و عامل یا عامل هایی که در مادر وجود دارند انتخاب گردند.

۳۸.عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "ندارد" سایر گزینه ها غیرفعال می شود. اما در صورت داشتن عوامل خطر زایمانی می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود.

۱) پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت
۲) دکلمان جفت
۳) آغشتگی به مکونیوم
٤) چسبندگی غیر طبیعی جفت (اکرتا، اینکرتا، پرکرتا)
۵) ضربان قلب جنینی مختل بر اساس تراسه دستگاه الکترونیک کنترل صدای قلب جنین یا گوش دادن یک دقیقه کامل ضربان قلب حین انقباض و بلافاصله پس از انقباضات رحمی)

در صورت انتخاب ضربان قلب جنینی مختل در قسمت بالا (عوامل خطر زایمانی) تکمیل این قسمت اجباری می‌شود

- افت دیررس
- افت متغیر
- افت طولانی مدت
- عدم وجود تغییر ضربان پایه به پایه
- NST نان راکتیو
- OCT مثبت

٦) زایمان زودرس: زایمان قبل از هفته ۳۷

۳۹.عوارض زایمان تا دو ساعت پس از زایمان

۱) پارگی درجه ۳ و ٤
۲) دیستوشی شانه

٤۰.مداخله های حین زایمان

در صورتیکه مداخله حین زایمان انجام نشده باشد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال می شود. اما در صورت انجام مداخله حین زایمان می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود:

- اپی زیوتومی: در صورت اپی زیوتومی مادر در حین زایمان این گزینه انتخاب گردد.
- القا یا تقویت درد زایمان: در صورت استفاده از داروهایی مانند اکسی توسین یا پروستاگلاندین ها جهت تقویت یا القا درد زایمان این گزینه انتخاب گردد.

  هر اقدامی که جهت تسریع در امر زایمان انجام گرفته است مانند تزریق داروهایی نظیر آتروپین، هیوسین، پتیدین و ... و یا پاره کردن کیسه آب جنین، ... که به منظور تسریع در امر زایمان استفاده شده باشد، القا محسوب می شود اما در این جمع آوری اطلاعات مورد نظر ما نمی باشد، بنابراین از انتخاب گزینه القا یا تقویت دردهای زایمان در این گونه موارد خودداری کنید.

٤۱.سرانجام مادر تا دو ساعت پس از زایمان:

منظور سرانجام مادر فقط تا دو ساعت پس از زایمان است.

- انتقال به اتاق پس از زایمان: در صورت انتقال مادر به اتاق پس از زایمان علامت زده شود
- اتتقال مادر به بیمارستان: اگر به هر دلیلی مادر یا مادر به همراه نوزاد به بیمارستان انتقال داده شده است علامت زده شود
- فوت در محل زایمان: در صورت فوت مادر پس از زایمان در تسهیلات زایمانی یا مادر در خارج از تسهیلات زایمانی زایمان کرده اما هنگام رسیدن به محل فوت شده است علامت زده شود.

٤٢.عامل زایمان:

عامل زایمان کسی است که زایمان (خروج کامل جنین) را انجام داده است

- ماما
- پزشک عمومی
- ماما روستا/ بهورز ماما
- سایر افراد: در صورتی که عامل زایمان شخصی غیر از موارد بالا باشد، گزینه "سایر افراد" را انتخاب کرده و تحصیلات وی را یادداشت نمایید. سایر عامل زایمان حتما قید گردد به طور مثال: همراهان، تکنسین اورژانس، مامای دوره ندیده

مشخصات نوزاد

در این قسمت فقط مشخصات نوزاد به ترتیب زیر ثبت می شود.

٤٣.تاریخ تولد نوزاد:

تاریخ تولد نوزاد می بایست از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.

٤٤.ساعت تولد نوزاد:

ساعت تولد نوزاد می بایست به صورت ساعت ٢٤ ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت ٠٠:٠٠ شروع می شود و به ٢٣:٥٩ دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت تولد نوزاد راس ساعت ٢٤ باشد، می بایست ساعت به صورت ٠٠:٠٠ وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود. مثلاً ١٩:٣٠ و از نوشتن ٧:٣٠ PM خودداری شود.

٤٥.جنسیت:

پسر(مذکر) یا دختر(مونث) بودن ثبت شود. در صورت داشتن هر گونه ابهام در تشخیص جنسیت، گزینه مبهم انتخاب شود.

٤٦.مرتبه تولد (قل چندم؟)

با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلویی باشد، مرتبه تولد ١ نوشته می شود. در صورتی که حاملگی چند قلویی باشد، مرتبه تولد بر اساس، تقدم خروج نوزاد تایپ شود. برای قل اول در این فیلد عدد ١ قل دوم عدد ٢ و قل سوم عدد ٣ تایپ شود.

٤٧.وزن نوزاد (گرم)

وزن نوزاد به گرم بین ١٥٠ تا ٨٠٠٠ گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.

٤٨.دور سر نوزاد (سانتی متر)

دور سر نوزاد به سانتی متر بین ٧٠-١٥ سانتی متر با استفاده از اعداد صحیح به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن دور سر نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره یا ممیز و یا نوشتن متن نظیر سه دهم متر خودداری شود. دور سر به سانتی متر و حداکثر با دو رقم اعشار ثبت شود.

٤٩.قد نوزاد (سانتی متر)

قد نوزاد به سانتی متر بین ٧٥ – ٢٠ سانتی متر با استفاده از اعداد صحیح به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن قد نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم متر خودداری شود.

٥٠.سن بارداری:

سن بارداری به هفته و با استفاده از اعداد صحیح در قسمت مربوطه تایپ شود و بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه می‌شود. فقط محدوده ٢٢ الی ٤٥ هفته قابل ثبت است. از گذاردن روز در کنار هفته خودداری گردد: مثال ٤١ هفته و ٦ روز به صورت ٤١ هفته تایپ شود.

٥١.پرزانتاسیون: عضو نمایش جنین در زمان زایمان در این قسمت وارد گردد:

◯ سفالیک ◯ بریچ ◯ عرضی ◯ صورت

۵۲. **سابقه سزارین:** در صورت زایمان (P) بالاتر از یک سابقه سزارین فعال می گردد.در صورت داشتن سابقه زایمان به روش سزارین گزینه بله انتخاب گردد.

۵۳. **تعداد سزارین قبلی:** در صورت داشتن سابقه سزارین، تعداد سزارین قبلی یادداشت شود.

٥٤. مکان زایمان

محل زایمان از گزینه های موجود انتخاب میشود.

◯ واحد تسهیلات زایمانی ◯ منزل ◯ در مسیر انتقال ◯ سایر

منظور از زایمان خروج نوزاد می باشد بنابراین چنانچه خروج نوزاد بین راه و خروج جفت در تسهیلات زایمانی اتفاق افتاده باشد زایمان بین راه علامت زده شود. در این حالت عامل زایمان کسی است که جفت را خارج نموده است. در صورت انتخاب گزینه سایر حتما عامل قید گردد مثلا خودبخود، همراهان مادر، تکنسین اورژانس و ...

۵۵. تماس پوست به پوست در ساعت اول

براساس مدت زمان تماس پوست به پوست نوزاد با مادر گزینه مربوطه انتخاب گردد: ◯ انجام نشد ◯ کمتر از یک ساعت تماس ◯ یک ساعت یا بیشتر تماس پوست با پوست

٥٦. تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست

در صورت شیردهی (سینه مادر) در ساعت اول تولد گزینه بله و در غیر اینصورت خیر انتخاب گردد: ◯ بله ◯ خیر

۵۷. پیشرفت عملیات احیا

در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا نداشته باشد،گزینه نیاز به احیا نداشت علامت زده می شود، و در این صورت سایر گزینه ها غیر قابل انتخاب می شوند. اما در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا داشته باشد، بر اساس آخرین مرحله احیا که برای نوزاد انجام شده یکی از چهار گزینه مربوطه انتخاب شود.:

◯ نیازی به احیا نداشته است ◯تهویه با آمبوبگ ◯ فشردن قفسه سینه ◯ تجویز دارو

تذکر: گرم و خشک کردن نوزاد جزیی از مراقبت های اولیه نوزاد در بدو تولد می باشد که برای تمام نوزادان سالم و نیازمند احیا انجام می شود. بنابراین باید توجه نمود انجام این مراقبت ها در گام های نخستین احیا نوزاد در نوزاد سالم دسته بندی نگردد.

۵۸. لوله گذاری تراشه برای تهویه

در صورت انتخاب یکی از مراحل احیا (به جز نیازی به احیا نداشته است) تکمیل این قسمت به صورت ◯ بله ◯ خیر اجباری می‌گردد.

۵۹. نمره آپگار دقیقه ۱

بر اساس جدول آپگار، نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

٦۰. نمره آپگار دقیقه ۵

نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم تولد فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

جدول نمره آپگار

APGAR	آپگار	امتیاز دو	امتیاز یک	امتیاز صفر
Appearance	ظاهر/رنگ	بدون هرگونه سیانوز رنگ طبیعی	فقط کبودی دست‌ها و	کبود ویا رنگ‌پریدگی
Pulse	پالس	بیش‌تر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	بدون نبض
Grimace	رفلکس و	گریه و عقب کشیدن اندام تحریک	حرکت خفیف/ناله در	بدون پاسخ به تحریک
Activity	اکتیویتی و	مقاومت دربرابر کشیده‌شدن دست	کمی فلکسیون و حرکت	بدون هیچ‌گونه حرکت
Respiration	تلاش برای	گریه طبیعی با صدای بلند	ناله و گریه ضعیف	بدون تنفس

۶۱. ناهنجاری بدو تولد(ارثی)

در صورتی که نوزاد در بدو تولد ناهنجاری قابل شناسایی نداشته باشد، گزینه ناهنجاری ندارد انتخاب شود و به این ترتیب سایر گزینه ها غیر فعال می گردد. اما در صورتی که نوزاد ناهنجاری قابل مشاهده و یا تایید شده توسط سونوگرافی را داشته باشد، یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد. در صورت انتخاب "بله" تکمیل حداقل یک فیلد اجباری است و همچنین انتخاب حداقل یک تشخیص در زیر گروه مربوطه اجباری می‌شود. امکان انتخاب چند گزینه امکان پذیر است.

۱) سیستم عصبی
۲) قلبی عروقی
۳) تنفسی
٤) گوارشی
۵) ادراری تناسلی
٦) اسکلتی عضلانی
۷) پوست
۸) چشم، گوش، سر و گردن
۹) اختلالات کروموزومی
۱۰) سایر موارد

۶۲. فرجام نوزادی

بر اساس سرانجام نوزاد پس از زایمان تا خروج از اتاق عمل یا اتاق زایمان، تنها یکی از گزینه ها انتخاب گردد:
◯ نزد مادر ◯ مرده زایی ◯ فوت نوزاد ◯ انتقال به بیمارستان دیگر: . . . . . در این قسمت نام دقیق بیمارستانی که منتقل می شود یادداشت گردد. ◯ رضایت شخصی، چنانچه نوزاد با رضایت شخصی زودتر از ٦ ساعت ترخیص شود علامت زده شود.

۶۳. مرگ نوزاد در اتاق زایمان:

مراقبت تسکینی(Palliative Care) (عدم انجام عملیات احیا نوزاد به دلیل عدم قابلیت حیات): ◯ بله ◯ خیر

مراقبت تسکینی شامل همه اقدامات فعال و کامل برای کاستن از رنج و درد در بیمار است. در حالت عمده این روش مختص به بیماران مبتلا به یک بیماری خاص است که به درمان پاسخ نمی‌دهند و نتیجه مستقیم بیماری، مرگ است و تنها به آرام نمودن بیمار و کم کردن نشانه‌های بیماری در وی برمی‌گردد.

در صورت انتخاب فوت نوزاد در سرانجام نوزاد، تکمیل مراقبت تسکینی اجباری می شود.

علت مرگ نوزاد در اتاق زایمان

◯ ناهنجاری بدو تولد ◯ آسفیکسی ◯ نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) ◯ سندرم دیسترس تنفسی (RDS)

◯ عفونت ◯ سایر موارد: . . . . . .

بر اساس علل ذکر شده یک علت انتخاب گردد.

توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد کشنده و نارسی، ناهنجاری بدو تولد به عنوان علت مرگ انتخاب گردد:

◯ **ناهنجاری بدو تولد:** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده، عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافراگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلومننگوسل، از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.

◯ **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی / HIE** : در صورت عدم وجود ناهنجاری بدوتولد و وجود کرایتریای تشخیصی آسفیکسی که در سطور بالا به آن اشاره شد و همچنین سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۲۶ هفته این مورد را انتخاب نمایید.

◯ **نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدوتولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته دارد این مورد را انتخاب نمایید.

◯ **سندرم دیسترس تنفسی (RDS):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدوتولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۶ هفته نداشته و به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت نموده است مورد چهارم یعنی سندرم دیسترس تنفسی را انتخاب نمایید. این موضوع علیرغم آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.

◯ **عفونت (سپسیس):** در صورتی که عفونت علت اصلی مرگ است و ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسی کمتر از ۲۶ هفته و سندرم دیسترس تنفسی علت اصلی مرگ نبوده و علائم و نشانه های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و کشت وی مثبت بوده یا نشانه های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب نمایید.

◯ **سایر موارد** : در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق نمرده است موارد دیگر را انتخاب نمایید.

٦٤. مرگ داخل رحمی

زمان فوت جنین: ◯ قبل از مراجعه به زایشگاه ◯ در طی زایمان در زایشگاه ◯ نامشخص

در صورت فوت داخل رحمی (مرده زایی)، در صورتی که زمان فوت مشخص می باشد گزینه مربوطه (قبل از مراجعه به زایشگاه یا وقوع فوت در طی زایمان) انتخاب گردد. در صورتی که زمان وقوع فوت مشخص نمی باشد گزینه نامشخص انتخاب گردد.

علت مرگ جنین: علت فوت از گزینه های ذکر شده انتخاب گردد:

◯ بیماری جنین: شامل ناهنجاری کشنده، عفونت های جنین نظیر تورچ، خونریزی های جنین- مادر داخل رحمی، هیدروپس ، محدودیت های رشد جنینی (Growth restriction) و سایر بیماریهای کشنده جنینی

◯ اختلال مایع آمنیوتیک: شامل کوریوآمنیونیت، الیگوهیدروآمنیوس، پلی هیدروآمنیوس و سایر اختلالات درگیر کننده مایع امنیوتیک

◯ اختلال جفت: شامل دکولمان جفت، جفت سرراهی، وازوپرویا (عروق سرراهی)، نارسایی جفت و سایر مشکلات مرتبط با جفت

◯ اختلال بند ناف: شامل پرولاپس بند ناف، چسبندگی نابجای بند ناف (ولامنتوز)، گره حقیقی بند ناف و سایر اختلالات کشنده مرتبط با بند ناف

◯ آسفیکسی : وجود یکی از علایم زیر در پیش یا حین زایمان:

- وجود شواهدی از اختلال شدید FHR پیش از زایمان یا
- PH بندناف کمتر از ۷ و BE بیشتر از ۱۲.

◯ نامشخص: شامل مرگ های بدون توجیه مامایی شامل مرده زایی های توجیه نشده، پارگی زودرس پرده ها یا عدم وجود اطلاعات کافی درباره دوره بارداری یا زایمان

◯ سایر موارد: . . . . . در صورتی که علت مرگ جنین هیچ یک از موارد بالا نباشد، علت مرگ را در این قسمت بنویسید.

توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود چند علت مانند بیماری جنین و اختلال بند ناف، بیماری جنین به عنوان علت مرگ انتخاب گردد

نوزاد جدید

در صورتی که زایمان ثبت شده دو قلویی یا چند قلویی باشد برای ورود اطلاعات تمام نوزادان حاصل از این زایمان پس از باز نمودن فرم جدید و وارد نمودن کد ملی مادر (درصورتیکه مادر ایرانی و دارای کد ملی باشد و در فرم قبلی ثبت شده باشد) و کلیک کردن بر روی "نوزاد جدید"

مشخصات مادر که در فرم نوزاد اول درج شده، نمایش داده خواهد شد و نیازی به تکمیل مجدد آن مشخصات نخواهد بود. در صورتیکه مادر غیر ایرانی یا فاقد کد ملی باشد ورود مشخصات مادر در فرم جدید (نوزاد دوم به بعد) اجباری و به دستی باید انجام گیرد.

پیوست:

انواع ناهنجاری های بدو تولد:

سیستم عصبی:

Anencephaly
Spina Bifida
Encephalocele
Meningomyelocele
Microcephaly
Holoprosencephaly
Hydrocephaly
Dandy-Walker Syndrome
Arnold Chiari Syndrome
Others

قلبی عروقی:

Transposition Large Vessels
Pulmonary Stenosis
Aortic Stenosis
Truncus Arteriosus
VSD
ASD
Tetralogy of Fallot
Hypoplastic Left Heart Syndrome
Coarctation of Aorta
Single Ventricle
Endocardial Cushion Defect
Multiple Cardiac Anomalies
Others

تنفسی:

Congenital Diaphragmatic Hernia
Choanal Atresia Bilateral
Sequestration
Laryngeal Atresia، Stenosis، Web
Eventration of Diaphragm
Cystic Adenomatous Malformation
Bronchogenic Cysts
Others

گوارشی:

Omphalocele
Gastroschisis
Esophageal Atresia/Stenosis With or Without Fistula
Small Intestine Atresia/Stenosis
Anorectal Atresia/Stenosis
Malrotation of Gut
Hirschsprung
Others

ادراری تناسلی:

Renal agenesis disgenesis
Ambiguous Genitalia
Undescended Testis (≥36w)
Bladder Exstrophy
Renalectopy
Posterior Uretral Valve
Hypospadias
Epispadias
Hydronephrosis
Multicystic Kidney
Others

اسکلتی عضلانی:

Reducing Limb
Polydactyly
Syndactyly
Club Foot
Osteogeneses Imperfectal
Achondroplasia
Others

پوست:

Skin Tag
Epidermolysis Bullosa
Hyperkeratosis
Others

چشم، گوش سر و گردن:

Cleft Lip With or Without Cleft Palate
Anophthalmos
Microphthalmos
Unspecified Anophthalmos/Microphthalmos
Anotia

Microtia
Unspecified Anotia Microtia
Hyperthelorism
Cataract
Glaucoma
Others

اختلالات کروموزومی:

Trisomy 21 (Down`s syndrome)

Trisomy 18
Trisomy 13
Prune Belly Sequence
VACTERAL Syndrome
CHARGE Association
Pier Robin Syndrome
Turner Syndrome
Others Mal Chrom

سایر موارد:

در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد که در لیست فوق وجود ندارد، این قسمت تکمیل شود.