

فرم شماره ۴: مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نوزادان

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی :	شبکه بهداشت و درمان شهرستان:	مرکز بهداشت شهرستان :	محل نمونه گیری : شماره خانوار: شماره ملی :	شماره خانوار: شماره ملی :
نام و نام خانوادگی نوزاد: نام پدر:	جنس: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد نوزاد:	وزن زمان تولد: (گرم)	قد زمان تولد: (سانتی متر)
زمان انجام غربالگری برحسب سن نوزاد به روز: بار اول: بار دوم:	غلظت TSH اولیه (بر کاغذ فیلتر)= بار اول: بار دوم:	نسبت فامیلی والدین: درجه ۳ <input type="checkbox"/> درجه ۴ و بیشتر <input type="checkbox"/> بدون نسبت فامیلی <input type="checkbox"/>	وجود بیماری های تیروئیدی در فامیل درجه یک: مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	ابتلا به آنومالیها: ندارد <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> قلبی-عروقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نتیجه آزمایش های تایید تشخیص: TSH= T3RU= T4 =	سن نوزاد در زمان شروع درمان برحسب روز:	اولین دوز لووتیروکسین تجویز شده:	نتیجه آسکن تیروئید:	نتیجه سونوگرافی تیروئید:
نام و نام خانوادگی پزشک شروع کننده درمان:	نام و نام خانوادگی مشاور علمی برنامه در شهرستان:	آدرس و شماره تلفن:		

جدول مراقبت بیماران

نام و نام خانوادگی گزارشگر	دستورات پزشک و دوز دارو	وزن (kg)	قد (cm)	T4 یا F.T4	TSH	تاریخ	زمان انجام مراقبت
							۶ ماه اول زندگی
							از ۷ تا ۱۲ ماهگی
							از ۱۳ تا ۳۶ ماهگی

نتیجه نهایی: نوع گذرای بیماری نوع دائمی بیماری مهاجرت قطع آزمایشی (تاریخ قطع درمان)

نا معلوم مرگ

ملاحظات: