

فرم های برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان

فرم شماره ۱: فرم نمونه گیری

- این فرم برای کلیه نوزادانی که مورد غربالگری قرار می گیرند، در ۳ نسخه، تکمیل شود.

۱) نسخه اول همراه کاغذ فیلتر به آزمایشگاه غربالگری استان ارسال شود.

۲) نسخه دوم در محل نمونه گیری نگهداری شود.

۳) نسخه سوم به والدین بیمار داده شود.

محل تکمیل فرم:

مرکز نمونه گیری

مسئول تکمیل فرم:

نمونه گیر

چگونگی تکمیل فرم شماره ۱: فرم نمونه گیری

- ابتدا نوبت نمونه گیری (اول و یا دوم) علامت × زده شود.
- نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، نام شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نام مرکز بهداشت شهرستان نوشته شود.
- محل نمونه گیری: یکی از محل های مراکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت، و سایر انتخاب شده و نام آن به عنوان محل اخذ نمونه از پاشنه پا بر کاغذ گاتری نوشته شود.
- شماره خانوار (در صورتی که مشخص باشد) درج گردد.
- شماره کاغذ گاتری با توجه به شماره چاپ شده در بالای آن نوشته شود.
- در محل جنس نوزاد در مربع مربوط به دختر و یا پسر علامت × گذاشته شود.
- تاریخ تولد نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی نوزاد، پدر و مادر بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).

■ سن نوزاد بر حسب روز از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود.

نکته: سن نوزاد در زمان غربالگری (در نوبت اول) نباید از ۷۲ ساعت کمتر باشد.

■ بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه غربالگری کم کاری تیروئید، انجام مجدد آزمایش غربالگری از پاشنه پا در نوزادان زیر، لازم است:

- نوزادان نارس
 - نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم (ماکروزم)
 - نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
 - دو یا چند قلوها
 - نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان
 - نوزادان با سابقه مصرف داروهای خاص (مثل دوپامین، کورتین و ...)
 - نوزادان با سابقه تعویض و یا دریافت خون
 - نوزادانی که در غربالگری از پاشنه پا (نوبت اول)، TSH بین ۵ تا ۹/۹ داشته اند.
- در صورتی که نوزاد حداقل یک مورد از موارد فوق را داشته باشد، در قسمت **بلی** علامت × زده شده و علت نمونه گیری نیز در مربع مربوطه مشخص شود و در غیر این صورت در قسمت **خیر** علامت × گذاشته شود. در صورتی که نوزاد دارای چند مورد بود، همه موارد علامت × می خورند.

■ نسبت فامیلی والدین در این محل علامت × زده شود.

- **غیر فامیل:** والدین هیچگونه نسبت فامیلی با هم ندارند.
- **فامیل درجه ۳:** والدین نسبت فامیلی، دختر عمو، پسرعمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترعمه، پسرعمه، پسردایی و دختردایی، دارند.
- **فامیل درجه ۴ و بیشتر:** شامل نوه خاله، نوه دایی، نوه عمو و نوه عمه می باشند. نتیجه ها و نبیره های خاله، دایی، عمو و عمه به ترتیب فامیل درجه ۵ و ۶ محسوب می شوند.

■ نوع زایمان پرسیده شده و در یکی از مربع های طبیعی و سزارین علامت × گذاشته شود.

■ آدرس پستی محل سکونت والدین نوزاد به دقت نوشته شود.

نکته: در صورتی که محل سکونت فعلی مادر و نوزاد منزل والدین نیست و مادر برای زایمان به این محل آمده است و بعد از آن به منزل خود می رود، باید هر دو آدرس نوشته شوند.

■ شماره تلفن تماس والدین نوزاد (حداقل ۲ شماره تلفن با ذکر کد محل) گرفته شده و با دقت نوشته شود.

■ نام و نام خانوادگی نمونه گیر به طور خوانا، در قسمت پایین فرم، نوشته شود.

■ در قسمت شماره تلفن محل نمونه گیری، شماره تلفن محل نمونه گیری و یا شماره تلفنی که از طریق آن بتوان مستقیماً با نمونه گیر تماس حاصل کرد، همراه با کد محل، نوشته شود. در صورتی که محل نمونه گیری فاقد تلفن باشد، شماره تلفن مرکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی که محل نمونه گیری زیر مجموعه آن است درج گردد.

■ شماره تلفن ستاد پیگیری بیماریهای شهرستان با کد شهرستان به صورت خوانا نوشته شود (در صورت امکان شماره تلفن روی فرمها چاپ شود).

■ تاریخ روز نمونه گیری از پاشنه پا، با ذکر سال، ماه و روز، به طور خوانا نوشته شده و در خاتمه نمونه گیر فرم شماره ۱ را امضا نماید.

فرم شماره ۲: فرم غربالگری**محل تکمیل فرم:**

مرکز نمونه گیری

مسئول تکمیل فرم:

نمونه گیر

چگونگی تکمیل فرم شماره ۱: فرم نمونه گیری

- ابتدا در بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مرکز بهداشت شهرستانی که محل نمونه گیری زیر مجموعه آن است نوشته شود.
- سپس نام محل نمونه گیری، بر حسب این که در کدام یک از محل های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت و یا سایر محلها نمونه گیری انجام شده است، نوشته شود.
- ترتیب شماره ردیف برای نوشتن مشخصات نوزادان غربالگری رعایت شود.
- یادآوری می شود که اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه دوم تهیه گردد، شماره جدیدی به وی تعلق نمی گیرد، بلکه شماره قبلی نوزاد با ممیز و شماره ۱ نوشته می شود. به عنوان مثال: چنانچه یک بار نوزاد با شماره ۱۱۰ مورد نمونه گیری قرار گرفت و به هر علتی نیاز به نمونه گیری مجدد پیدا کند، شماره ای که به او داده می شود شماره ۱۱۰/۱ خواهد بود (جهت انجام این امر تعدادی کارت نمونه گیری سفید بدون شماره تحویل مراکز نمونه گیری خواهد شد).
- نام و نام خانوادگی نوزاد بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
- نام پدر نوزاد به طور خوانا نوشته شود.
- بر اساس جنسیت نوزاد، در ستون دختر و یا پسر علامت × زده شود.
- تاریخ تولد نوزاد، بر اساس روز و ماه و سال ثبت شود.
- شماره ای که به صورت چاپی روی کاغذ فیلتر (گاتری) نوشته شده با دقت و به طور خوانا نوشته شود.

- آیا نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد دارد؟ در صورت نیاز به نمونه گیری مجدد، طبق دستورالعمل بر اساس فرم شماره ۱: نمونه گیری، در قسمت **بلی** و در صورت عدم نیاز **خیر** علامت × زده شود.
- علت نمونه گیری مجدد از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر باید به طور خوانا ذکر شود.
- زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا **نوبت اول** بر حسب سن نوزاد به روز: سن نوزاد از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود.
- زمان دریافت نتیجه آزمایش غربالگری در **نوبت اول** بر حسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) به محل نمونه گیری اعلام شده است (نتایج به صورت تلفنی، کتبی و یا شفاهی توسط مقام مافوق محل نمونه گیری و یا مستقیماً از آزمایشگاه غربالگری به نمونه گیر اعلام می گردد).
- نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) **نوبت اول** در دو ستون **سالم** (کمتر از ۵) و **مشکوک** (بیش از ۵ و به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.

- زمان نمونه گیری مجدد (**نوبت دوم**) از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر بر حسب سن نوزاد در این ستون درج شود.

نکته بسیار مهم:

زمان نمونه گیری نوبت دوم در موارد فراخوان شده به علت (۱) نمونه نامناسب (مرجوعی) و (۲) غلظت TSH برابر با ۵- ۹/۹ در نمونه کاغذ فیلتر اول باید در اسرع وقت و در کمتر از ۴۸ ساعت پس از فراخوان باشد. در موارد دیگر، که نیاز به نمونه گیری مجدد وجود دارد، زمان نمونه گیری مجدد از پاشنه پا هفته دوم تولد خواهد بود.

- زمان دریافت نتیجه آزمایش غربالگری در **نوبت دوم** بر حسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نتیجه آزمایش غربالگری به محل نمونه گیری اعلام شده است (نتایج به صورت تلفنی، کتبی و یا شفاهی توسط مقام مافوق محل نمونه گیری و یا مستقیماً از آزمایشگاه غربالگری به نمونه گیر اعلام می گردد).
- نتیجه آزمایش غربالگری TSH **نوبت دوم** در دو ستون **سالم** (کمتر از ۵) و **مشکوک** (بیش از ۵ و به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.

- زمان اعلام نتیجه آزمایش تایید تشخیص سرمی بر حسب سن نوزاد به روز در ستون مربوطه نوشته شود.

- تشخیص نهایی: نتیجه آزمایش تائید تشخیص توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان و یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی با تعیین سالم یا بیمار بودن نوزاد اعلام خواهد شد و بر اساس آن در ستون های سالم و یا بیمار علامت × گذاشته شود. در صورتی که به هر علتی نوزاد مشکوک مورد آزمایش تایید تشخیص قرار نگیرد باید ستون عدم انجام آزمایش مجدد علامت × گذاشته شود.
- زمان شروع درمان برحسب سن نوزاد به روز: یعنی زمانی که نوزاد اولین دوز قرص لووتیروکسین را دریافت کرده است. این تاریخ، هم چنین، باید در فرم مراقبت اطفال (بیماریها) ثبت شود.
- در ستون آخر باید آدرس و تلفن نوزادان فراخوان شده را ثبت نمود.

فرم شماره ۳: فرم گزارش دهی فصلی

- ابتدا فصل و سال گزارش درج شود.
- در بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مرکز بهداشت شهرستان تکمیل کننده فرم نوشته شود.
- در صورتی که محل گزارش دهی همان محل نمونه گیری باشد، بر حسب این که محل گزارش دهی کدام یک از محل های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی و یا سایر محلها است، این قسمت، با ذکر نام محل، تکمیل شود.
- برای هر محل نمونه گیری، مرکز بهداشتی درمانی و یا شهرستان مربوطه یک ردیف مجزا تعیین گردد.
- نام شهرستان / محل نمونه گیری: در گزارشات داخل شهرستان نام محل نمونه گیری و در گزارشات استانی نام شهرستان نوشته می شود.
- تعداد کل نوزادان غربالگری شده در شهرستان و یا در محل نمونه گیری نوشته شود.
- نوزادان غربالگری شده به تفکیک جنس ثبت شوند.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت اول بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان دریافت نتایج آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول در دو ستون **سالم** (کمتر از ۵) و **مشکوک** (بیش از ۵ و به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
- تعداد نوزادانی که نیاز به غربالگری مجدد (نوبت دوم) از پاشنه پا داشته اند با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری محاسبه و در ستون مربوطه درج گردد.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت دوم بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
-

- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان دریافت نتایج آزمایش غربالگری نوبت دوم بر حسب سن نوزاد به روز گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان اعلام نتایج آزمایش های تایید تشخیص سرمی بر حسب سن نوزاد به روز گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- تشخیص نهایی: تعداد کل نوزادان غربالگری شده بر حسب نتایج آزمون های غربالگری و آزمایشهای تایید تشخیص سرمی به ۳ گروه "سالم" و "بیمار" و "عدم آزمایش" دسته بندی شده و در ستون مربوطه ثبت شوند.
- زمان شروع درمان بر حسب سن نوزاد به روز، با استفاده از داده های فرم شماره ۲: غربالگری گروه بندی شده و در ستونهای مربوطه ثبت شود.
- در پایین ستون های هر قسمت جمع کل موارد مربوطه نوشته شود.
- در قسمت زیر ردیف جمع کل، تعداد موارد غربالگری مجدد از پاشنه پا به تفکیک علت ثبت شود.
- در قسمت انتهایی فرم نام و نام خانوادگی گزارشگر و نام و نام خانوادگی تایید کننده ثبت شده و با ذکر تاریخ امضا شود.

تناوب گزارش دهی:

- فرم شماره ۳: گزارش دهی فصلی به تناوب زیر به سطوح بالاتر ارسال می شود:
- چنانچه محل نمونه گیری خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشتی باشد، این فرم **هر ماه** تکمیل شده و به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ارسال می گردد.
 - مرکز بهداشتی درمانی نیز مجموع فعالیت های فرم مذکور را در منطقه تحت پوشش، جمعیت نموده و هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نماید.
 - مرکز بهداشت شهرستان هم فرم شماره ۳: گزارش دهی فصلی را، **هر سه ماه** یک بار تکمیل نموده و به گروه بیماریهای مرکز بهداشت استان ارسال می نماید.
 - در نهایت نیز مرکز بهداشت استان، **هر ۳ ماه** یک بار این فرم را به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می دارد.

