

به نام خالق هستی

محل تکمیل فرم شماره 1 (کاغذی): مرکز نمونه گیری

فرد تکمیل کننده فرم شماره 1 (کاغذی): نمونه گیر در مرکز نمونه گیری

محل تکمیل فرم پورتال: مرکز بهداشت شهرستان و آزمایشگاه غربالگری نوزادان

افراد تکمیل کننده فرم پورتال: کارشناس برنامه در مرکز بهداشت شهرستان و کارشناس آزمایشگاه غربالگری نوزادان

## دستورالعمل جدید ارسال فرم شماره 1 غربالگری

تذکر بسیار مهم:

علاوه بر اطلاعات قبلی فرم شماره 1 غربالگری، اطلاعات جدیدی نیز باید از والدین اخذ گردید و به فرم شماره 1 (نسخه مرکز بهداشت شهرستان) پیوست گردد. فرم اطلاعات اضافه شده از طرف مرکز بهداشت در اختیار نمونه گیر قرار داده می شود.

بر اساس دستورالعمل جدید می بایست فرم شماره 1 غربالگری (کاغذی)، در 3 نسخه، در مرکز نمونه گیری تکمیل شده و بر اساس زیر عمل گردد.

ü نسخه 1: حاوی کاغذ فیلتر به آزمایشگاه ارسال شود.

ü نسخه 2 (به همراه فرم اطلاعات اضافه شده): برای وارد کردن اطلاعات نوزاد در پورتال برنامه - اداره غدد و متابولیک - به مرکز بهداشت شهرستان ارسال شود.

ü نسخه 3: در مرکز نمونه گیری بایگانی شود.

ü "برگه انجام غربالگری نوزادان" بر اساس نمونه ارسالی به والدین تحویل گردد (پیش از این یک نسخه از فرم شماره 1 تکمیل شده به والدین داده می شد).

به منظور پیشگیری از اشتباهات احتمالی ثبت اطلاعات، تکمیل فرم با خط خوانا و خودکار آبی ضروری است.

## دستورالعمل تکمیل فرم پورتال در مرکز بهداشت شهرستان

### اطلاعات زمانی - مکانی

- (1) نام آزمایشگاه غربالگری: نام آزمایشگاه غربالگری کم کاری تیروئید نوزادان انتخاب شود.
- (2) سال: سال انجام نمونه گیری از پاشنه پای نوزاد بر کاغذ فیلتر را از روی تاریخ نمونه گیری (از تقویم ثبت نمایید. )
- (3) ماه: ماه انجام نمونه گیری از پاشنه پای نوزاد بر کاغذ فیلتر نوزاد را از روی تاریخ نمونه گیری ثبت کنید.
- (4) شهرستان: شهرستانی که مرکز نمونه گیری زیر مجموعه آن است انتخاب شود.
- (5) استان: استانی که مرکز نمونه گیری زیرمجموعه آن استان است.
- (6) دانشگاه: دانشگاهی که مرکز نمونه گیری زیر مجموعه آن است.
- (7) شماره کاغذ فیلتر: این شماره را با توجه به شماره کاغذ فیلتر که در گوشه ی سمت چپ فرم نوشته شده بصورت عددی ثبت نمایید.
- (8) نوع مرکز: نوع مرکز نمونه گیری شما شهری یا روستایی است.
- (9) نام مرکز: نام مرکز نمونه گیری یادداشت شود.
- (10) نام پایگاه یا خانه بهداشت: نام پایگاه بهداشت یا خانه بهداشتی که در آن نمونه گیری انجام شده است.

### اطلاعات نوزاد

- (1) شماره خانوار: در صورتی که مشخص باشد درج گردد در غیر این صورت نیاز به پر کردن این فیلد نیست.
- (2) نام: منظور نام انتخاب شده بر اساس گفته والدین برای نوزاد است. در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد به عنوان نام نوزاد نوشته می شود.
- (3) نام خانوادگی: نام خانوادگی پدر نوزاد قید می شود.
- (4) جنس: در این قسمت جنسیت نوزاد علامت زده شود.
- (5) تاریخ تولد نوزاد: روز تولد نوزاد از تقویم انتخاب شود.
- (6) کد ملی نوزاد: عدد ده رقمی کد ملی یا شماره ملی نوشته شود. در صورتی که کد ملی نوزاد مشخص نباشد فیلد را خالی گذاشته و در صورت شناسایی شدن نوزاد به عنوان بیمار، حتماً تکمیل شود.
- (7) نام پدر: فقط نام پدر بدون ذکر نام خانوادگی ثبت شود.
- (8) نام مادر: ابتدا نام خانوادگی و سپس نام مادر نوزاد ثبت شود.
- (9) سن مادر: سن مادر در زمان تولد نوزاد ثبت شود.

- (10) **ملیت:** در صورتی که ایرانی است گزینه ایرانی و در غیر این صورت (شامل افغانه و سایر ملیت ها) گزینه غیر ایرانی قید شود.
- (11) **محل صدور شناسنامه:** نام شهرستانی که برای نوزاد شناسنامه صادر شده است یا والدین قصد دارند از آن شهرستان برای نوزاد شناسنامه بگیرند.
- (12) **نوع ازدواج:** در این قسمت نوع ازدواج بر اساس آیتم علامت خورده در فرم تعیین شود.
- (13) **نوع زایمان:** در این قسمت نوع زایمان علامت زده شود.
- (14) **وزن زمان تولد به گرم:** در این قسمت وزن زمان تولد بر حسب گرم قید شود. لازم به ذکر است در صورتی که وزن نوزاد به گرم دارای رقم اعشار باشد از اعشار آن صرف نظر شود.
- (15) **قد زمان تولد به سانتی متر:** در این قسمت قد زمان تولد بر حسب سانتی متر قید شود. لازم به ذکر است در صورتی که قد نوزاد به سانتی متر دارای رقم اعشار باشد از اعشار آن صرف نظر شود.
- (16) **شماره تماس والدین 1:** شماره تماس در دسترس از والدین همراه با کد محل ذکر شود.
- (17) **شماره تماس والدین 2:** ترجیحاً شماره همراه در دسترس ذکر شود.
- (18) **آدرس محل سکونت:** آدرس پستی محل سکونت والدین به دقت نوشته شود. 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.

### اطلاعات نمونه گیر

- (19) **نام نمونه گیر:** فقط نام نمونه گیر (بدون ذکر نام خانوادگی) قید شود.
- (20) **نام خانوادگی نمونه گیر:** نام خانوادگی نمونه گیر (بدون ذکر نام) قید شود.
- (21) **شماره تلفن محل نمونه گیری:** شماره تلفنی که بتوان مستقیماً با نمونه گیر تماس حاصل کرد، همراه با کد محل نوشته شود (شماره تلفن محل نمونه گیری در مهر آن، که بر فرم شماره 1 زده شده است، نوشته شده است).

### نمونه گیری نوبت اول

- (22) **تاریخ نمونه گیری 1:** تاریخ روزی که نمونه گیری نوبت اول برای نوزاد انجام شده است از تقویم انتخاب شود.
- (23) **نیاز به نمونه گیری مجدد:** در صورتی که به هر دلیل نوزاد نیاز به نمونه گیری مجدد از پاشنه پا داشته باشد گزینه "بلی" انتخاب شود.
- (24) **علت نمونه گیری مجدد:** دلیل نمونه گیری مجدد از پاشنه پا انتخاب شود.

**نمونه گیری نوبت دوم**

25) تاریخ نمونه گیری 2: برای نوزادانی که نیاز به نمونه گیری نوبت دوم از پاشنه پا دارند تاریخ نمونه گیری نوبت دوم از تقویم انتخاب شود.

**نمونه گیری نوبت سوم**

26) تاریخ نمونه گیری 3: تاریخ نمونه گیری نوبت سوم از پاشنه پا، که برای نوزادان نارس در هفته شش تولد می شود، از تقویم انتخاب شود.

**نمونه گیری نوبت چهارم**

27) تاریخ نمونه گیری 4: تاریخ نمونه گیری نوبت سوم از پاشنه پا، که برای نوزادان نارس در هفته شش تولد انجام می شود، از تقویم انتخاب شود.

**تشخیص و درمان****28) تشخیص نهایی**

برای نوزادانی که جواب آزمون غربالگری پاشنه پا آنان طبیعی گزارش شده است و نیاز به فراخوان برای انجام نمونه گیری مجدد ندارند، گزینه "سالم" انتخاب شود.

نتیجه آزمایش های تایید تشخیص سرمی نوزادان فراخوان شده که توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان، پزشک مرکز بهداشتی درمانی و یا فوکل پوینت برنامه به صورت "سالم" یا "بیمار بودن" نوزاد اعلام شده و بر اساس آن ستون "سالم" و یا "بیمار" انتخاب شود. (در این قسمت تعامل مستمر بین نمونه گیر، خانواده، پزشک معالج و کارشناس مرکز بهداشت ضروری است).

در صورتی که به هر علتی نوزاد مشکوک مورد آزمایش تایید تشخیص سرمی قرار نگیرد باید ستون "عدم انجام آزمایش" انتخاب شود.

29) تاریخ شروع درمان: یعنی زمانی که نوزاد اولین دوز قرص لووتیروکسین را دریافت کرده است.

**مراقبت اول**

30) تاریخ مراقبت 1: تاریخی که کارت مراقبت نوزاد به عنوان بیمار قطعی پر می شود.

- (31) **نتیجه اسکن:** نتیجه اسکن تیروئید (در صورت انجام) در این قسمت ثبت شود در صورتی که اسکن تیروئید انجام نشده است گزینه "انجام نشده است" را انتخاب نمایید (بدیهی است اگر زمانی اسکن انجام شد اطلاعات آن ثبت می گردد).
- (32) **نتیجه سونوگرافی:** نتیجه سونوگرافی تیروئید (در صورت انجام) در این قسمت ثبت شود. در صورتی که سونوگرافی تیروئید انجام نشده است گزینه "انجام نشده است" را انتخاب نمایید (بدیهی است اگر زمانی سونوگرافی تیروئید انجام شد اطلاعات آن ثبت می گردد).
- (33) **وجود بیماری های تیروئیدی در فامیل:** در صورتی که در یکی از فامیل های درجه یک اعم از مادر، پدر، خواهر و یا برادر به دلیل ابتلا به یکی از بیماری های تیروئیدی تحت درمان قرار گرفته اند این گزینه را ثبت نمایید.
- (34) **ابتلا به آنومالی ها:** در صورتی که نوزاد مبتلا به هر یک از آنومالی های "شنوایی" یا "قلبی عروقی" باشد در این قسمت مشخص کنید. لازم به ذکر است در صورتی که در ویزیت اول تشخیص داده نشود و در ویزیت های بعدی معلوم شود در آن زمان گزینه مربوطه را تغییر دهید.
- (35) **سایر آنومالی ها:** در صورتی که نوزاد آنومالی غیر از موارد گفته شده در آیتم قبلی را داشت در این قسمت نوشته شود.
- (36) **نتیجه TSH-1 وریدی:** نتیجه آزمایش TSH وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (37) **نتیجه T4-1 وریدی:** نتیجه آزمایش T4 وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (38) **نتیجه FT4-1 وریدی:** نتیجه آزمایش FT4 وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (39) **نتیجه T3RU-1 وریدی:** نتیجه آزمایش T3RU وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (40) **HT-1:** قد نوزاد در زمان مراقبت اول (به سانتی متر) ثبت شود.
- (41) **WT-1:** وزن نوزاد در زمان مراقبت اول (به گرم) ثبت شود.
- (42) **اولین دوز قرص لووتیروکسین:** مقدار داروی تجویز شده توسط فوکل پوینت برنامه در زمان شروع درمان در این قسمت مشخص شود.
- (43) **روند درمان:** در هر بار ویزیت بیمار توسط پزشک وضعیت نوزاد از لحاظ ادامه درمان، قطع درمان و ... مشخص می شود که باید در این قسمت ثبت گردد.
- در صورتی که به هر علت درمان قطع شود، در صورت انتخاب این آیتم فیلدهای "علت قطع درمان" و "تاریخ قطع درمان" فعال می شود و در صورتی که تحت درمان باشد فیلد "تاریخ مراقبت بعدی" فعال می شود.
- (44) **علت قطع درمان:** علت قطع درمان انتخاب شود.
- (45) **تاریخ قطع درمان:** تاریخی که برای نوزاد به هر دلیل درمان قطع شده از تقویم انتخاب شود.

(46) تاریخ مراقبت بعدی: در صورتی که نوزاد تحت درمان باشد بر اساس نظریه پزشک تاریخ مراقبت بعدی ثبت شود.

### مراقبت دوم

- (47) تاریخ مراقبت دوم: تاریخی است که نوزاد برای بار دوم توسط پزشک فوکال پوینت ویزیت می شود.
- (48) آزمایش TSH وریدی: نتیجه آزمایش TSH وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (49) آزمایش T4 وریدی: نتیجه آزمایش T4 وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (50) آزمایش FT4 وریدی: نتیجه آزمایش FT4 وریدی از برگه جواب آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- (51) HT-2: قد نوزاد در زمان مراقبت دوم (به سانتی متر) ثبت شود.
- (52) WT-2: وزن نوزاد در زمان مراقبت دوم (به گرم) ثبت شود.
- (53) دوز لووتیروکسین: مقدار داروی تجویز شده توسط فوکال پوینت برنامه در مراقبت دوم در این قسمت مشخص شود.
- (54) روند درمان: در هر بار ویزیت بیمار توسط پزشک وضعیت نوزاد از لحاظ ادامه درمان، قطع درمان و ... مشخص می شود که باید در این قسمت ثبت گردد.
- در صورتی که به هر علت درمان قطع شود، در صورت انتخاب این آیتم فیلدهای "علت قطع درمان" و "تاریخ قطع درمان" فعال می شود و در صورتی که تحت درمان باشد فیلد "تاریخ مراقبت بعدی" فعال می شود.
- (55) علت قطع درمان: علت قطع درمان انتخاب شود.
- (56) تاریخ قطع درمان: تاریخی که برای نوزاد به هر دلیل درمان قطع شده از تقویم انتخاب شود.
- (57) تاریخ مراقبت بعدی: در صورتی که نوزاد تحت درمان باشد بر اساس نظریه پزشک تاریخ مراقبت بعدی ثبت شود.

برای ثبت اطلاعات مراقبت های بعدی همانند آیتم های مراقبت دوم اقدام شود.

### نتیجه نهایی مراقبت

- (58) در نهایت بعد از 3 سال نتیجه نهایی وضعیت نوزاد بر حسب وضعیت تشخیص داده شده از نظر پزشک معالج در فرم ثبت می شود.

**تذکر مهم:** در صورتی که پزشک معالج به هر دلیل درمان را قطع نموده و سپس دوباره شروع نمود، باید اطلاعات مراقبتی بیمار (پس از شروع درمان دوباره) در ادامه مراقبت های قبلی ثبت گردند.

## دستورالعمل تکمیل فرم پورتال در آزمایشگاه غربالگری نوزادان

بیشتر اطلاعات مربوط به نوزادان غربالگری شده توسط کارشناس برنامه و در مرکز بهداشت شهرستان تکمیل می شود.

آزمایشگاه غربالگری نوزادان اطلاعات زیر را در پورتال تکمیل می نماید.

### نمونه گیری نوبت اول از پاشنه پا

- (1) تاریخ تحویل نمونه نوبت اول به پست: تاریخی است که روی پاکت پستی ارسالی حاوی کاغذ فیلتر از مرکز نمونه گیری به آزمایشگاه ثبت شده است. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.
- (2) تاریخ دریافت نمونه نوبت اول از پست: تاریخی که نمونه ارسالی از مرکز نمونه گیری به آزمایشگاه رسیده است. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.
- (3) تاریخ اعلام نتیجه نوبت اول: تاریخی که در آن نتیجه آزمایش TSH تعیین شده ثبت شود. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.
- (4) نتیجه TSH-1 از پاشنه پا: عدد نتیجه آزمایش غربالگری نوبت اول پاشنه پا تا دو رقم اعشار نوشته شود.
- (5) نام کیت: نام کیت Neo-TSH مورد استفاده در آزمایشگاه برای انجام آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر نوشته شود.

### نمونه گیری نوبت دوم از پاشنه پا

- (6) تاریخ تحویل نمونه 2 به پست: تاریخی است که روی پاکت پستی ارسالی حاوی کاغذ فیلتر از مرکز نمونه گیری به آزمایشگاه ثبت شده است.
- (7) تاریخ دریافت نمونه 2 از پست: تاریخی که آزمایشگاه نمونه ارسالی از مرکز نمونه گیری را از پست و یا پیک دریافت کرده است
- (8) نتیجه TSH-2 از پاشنه پا: عدد نتیجه آزمایش غربالگری پاشنه پا تا دو رقم اعشار نوشته شود.
- (9) تاریخ اعلام نتیجه نوبت دوم: تاریخی که در آن نتیجه آزمایش TSH نوبت دوم تعیین شده ثبت می شود. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.

### نمونه گیری نوبت سوم از پاشنه پا

- (10) تاریخ تحویل نمونه 3 به پست: تاریخی است که روی پاکت پستی ارسالی حاوی کاغذ فیلتر از مرکز نمونه گیری به آزمایشگاه ثبت شده است.
- (11) تاریخ دریافت نمونه 3 از پست: تاریخی که آزمایشگاه نمونه ارسالی از مرکز نمونه گیری را از پست و یا پیک دریافت کرده است

- 12) نتیجه TSH-3 از پاشنه پا: عدد نتیجه آزمایش TSH غربالگری از پاشنه پا نوبت سوم (تا دو رقم اعشار) نوشته شود.
- 13) تاریخ اعلام نتیجه نوبت سوم: تاریخی که در آن نتیجه آزمایش TSH نوبت سوم تعیین شده ثبت می شود. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.

### نمونه گیری نوبت چهارم از پاشنه پا

- 14) تاریخ تحویل نمونه 3 به پست: تاریخی است که روی پاکت پستی ارسالی حاوی کاغذ فیلتر از مرکز نمونه گیری به آزمایشگاه ثبت شده است.
- 15) تاریخ دریافت نمونه 3 از پست: تاریخی که آزمایشگاه نمونه ارسالی از مرکز نمونه گیری را از پست و یا پیک دریافت کرده است.
- 16) نتیجه TSH-4 از پاشنه پا: عدد نتیجه آزمایش TSH غربالگری از پاشنه پا نوبت چهارم (تا دو رقم اعشار) نوشته شود.
- 17) تاریخ اعلام نتیجه نوبت چهارم: تاریخی که در آن نتیجه آزمایش TSH نوبت چهارم تعیین شده، ثبت شود. این تاریخ از تقویم انتخاب شود.

موفق باشید