

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
فرم بررسی و ثبت اطلاعات شبکه نوزادان نارس (ROP)

تاریخ تکمیل فرم : شماره تلفن بیمار :

نام و نام خانوادگی نوزاد : نام و نام خانوادگی مادر :

جنسیت نوزاد : ۱- مذکر ۲- مونث

علت مراجعه : ۱- ارجاع از مراکز درمانی (نام مرکز : ۲- وجود مشکل بینایی

در صورت نارس نبودن علت درخواست مشاوره را توضیح دهید :

سن حاملگی : هفته تاریخ تولد نوزاد :

وزن هنگام تولد : گرم

تعداد قل های متولد شده :

مدت زمان اکسیژن درمانی : (در صورت عدم دریافت اکسیژن عدد صفر نوشته شود)

مدت زمان تهویه مکانیکی : (در صورت عدم تهویه مکانیکی عدد صفر نوشته شود)

دریافت خون : بلی خیر

وجود سندرم زجر تنفسی : بلی خیر

وجود خونریزی داخلی بطنی : بلی خیر

وجود سپسیس : بلی خیر

سابقه فتوتراپی : بلی خیر

در صورت سابقه بیماریهای مهم از زمان تولد توضیح داده شود :

لطفا فرم بالا پس از تکمیل به شماره ۵۵۴۲۴۲۷۰ فکس شود.