

				نام کودک: _____ مشکل کودک - سن: _____
۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱ ۱	۳ ۲ ۱	۱) کاهش قدرت مکیدن (۲) تشنج در چند روز اخیر (۳) استفراغ مکرر تنفس در دقیقه..... (۴) تنفس تند (۵) توکسین شدید قفسه سینه (۶) ناله کردن (۷) پرش پرده های بینی (۸) کاهش سطح هوشیاری (۹) بیقراری و تحریک پذیری (۱۰) تحریک کمتر از معمول و بیحالی (۱۱) برآمدگی ملاحظه درجه حرارت..... (۱۲) درجه حرارت بالا یا پایین (۱۳) رنگ پریدگی (۱۴) سینتوز مرکزی (۱۵) زردی h22 اول
.....	۱- احتمال عفونت باکتریال شدید ۲- عفونت باکتریال شدید ندارد
بله/خیر...روز	بله/خیر...روز	بله/خیر...روز	بله/خیر...روز	آیا سفیدی چشم و نوک بینی زرد می باشد؟ اگر بلی: مدت..... روز (۱) زردی (۲۴ ساعت اول (۲) گسترش وسیع زردی (۳) مانر Rh منفی (۴) سابقه زردی خطرناک (۵) سن حاملگی > ۳۷ هفته (۶) وزن تولد > ۲۵۰۰ گرم
۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۳ ۲ ۱	۱- زردی شدید ۲- زردی خفیف ۳- زردی ندارد ۴- زردی طولانی مدت
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) فرمزی، تورم و ترشحات چرکی از چشم (۲) خروج ترشحات چرکی چشم بدون تورم (۳) فرمزی، مگر می و تورم پستان (۴) بزرگی و سفتی پستان (۵) انتشار فرمزی به اطراف ناف یا خروج ترشحات چرکی فراوان از ناف (۶) ترشح یا فرمزی ناف یا ترشحات خونابه (۷) خونریزی بیش از چند قطره (۸) جوش های چرکی منتشر پوستی (۹) جوش های چرکی محدود (کمتر از ۱۰ عدد) پوستی
۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۱) عفونت شدید چشم (۲) عفونت خفیف چشم (۳) ماستیت (۴) پستان طبیعی (۵) خونریزی ناف (۶) عفونت شدید ناف (۷) عفونت خفیف ناف (۸) عفونت شدید پوستی (۹) عفونت خفیف پوستی
۵	۵	۵	۵	برای چه مدت...؟ وجود خون در مدفوع؟ (۱) بیحالی و کاهش سطح هوشیاری (۲) بیقراری و تحریک پذیری (۳) فرورفتگی چشم ها (۴) پوست خیلی آهسته برمی گردد (۵) پوست آهسته برمی گردد
۷ ۶	۷ ۶	۷ ۶	۷ ۶	۱) کم آبی شدید (۲) کم آبی نسبی (۳) کم آبی ندارد (۴) اسهال پایدار شدید (۵) اسهال خونی
۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۴ ۳ ۲ ۱	۱) زیر منحنی فرمز (۳- انحراف معیار) (۲) بالای منحنی فرمز (۳) موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد (۴) موازی و صعودی بودن با منحنی رشد
۵ ۴	۵ ۴	۵ ۴	۵ ۴	۱) کم وزنی شدید ۲- اختلال رشد دارد ۳- اختلال رشد ندارد ۴- رشد نامعلوم
بله/خیر...بار	بله/خیر...بار	بله/خیر...بار	بله/خیر...بار	○ آیا کودک از شیر مادر تغذیه می شود؟ اگر بلی: چند بار در ۲۴ ساعت ... آیا شیشه شیر می دهد؟ ○ آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی: چه غذائی؟..... چند بار؟..... با چه وسیله ای؟ ○ اگر مشکل تغذیه ای یا اختلال رشد دارد: نحوه پستان گرفتن..... نحوه مکیدن..... وجود برفک در دهان؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	۱) مشکل تغذیه ای دارد ۲- مشکل تغذیه ای ندارد
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول واکسیناسیون (۲) مطابقت با جدول واکسیناسیون
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱) عدم مطابقت با جدول مکمل ها (۲) مطابقت با جدول مکمل ها
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا شیرخوار مشکل دیگری دارد؟ اگر بلی، چه مشکلی؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا نیاز به ارجاع دارد؟ اگر بلی، کجا؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	آیا برای کودک توصیه درمانی داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟ آیا نوشته یا توصیه تغذیه ای داده شده است؟ اگر بلی، چه توصیه ای؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟ تاریخ مراجعه آیا بهتر شده است؟
بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	