برنامه ژنتیک اجتماعی : فرم گزارش سه ماهه مراقبت ژنتیک

از مرکز خدمات جامع سلامت ..... به / از : مرکز بهداشت شهرستان ..... به / از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ..... به : اداره ژنتیک سه ماهه ..... سال .....

۱	۲	۳	۴																				۵				۶
نام مرکز خدمات جامع سلامت/ شبکه بهداشت ودرمان	بیماری تحت مراقبت	تعداد افراد تحت مراقبت	تعداد موارد تحت مراقبت ژنتیک براساس نوع مراقبت ژنتیک																				مراقبت ژنتیک کاهش خطر بروز	تعداد موارد قطع مراقبت به دلیل				تعداد موارد مهاجرت
			مراقبت ژنتیک پیشگیری از بروز																					عدم همکاری	عدم ضرورت مراقبت	فراخوان موفق	فراخوان نا موفق	
			تعداد مواردی که PNDنوبت اول داده اند	دسته بندی از نظر وضعیت فرزندان			وضعیت از نظر بارداری به تفکیک تعداد			نتایج ثبت وقایع بارداری									مراقبت ژنتیک موقت								
				کم تر از ۲ فرزند سالم	بیش از ۲ فرزند سالم	دارای فرزند مبتلا	تعداد موارد ختم بارداری	باردار	تمایل به بارداری				انجام PND۲		نتیجه بارداری												
									خیر		بلی		خیر	بلی		تولد نوزاد زنده	سقط به دلیل ابتلای جنین	سقط با سایر دلایل	تولد نوزاد مبتلا								
									روش غیر مطمئن	روش مطمئن	بلی			جنین مبتلا	جنین سالم												