

برنامه ژنتیک اجتماعی : فرم گزارش ماهانه مراقبت ژنتیک

از : خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی ..... به / از: مرکز خدمات جامع سلامت ..... به مرکز بهداشت شهرستان ..... ماه ..... سال .....

الف) مراقبت ژنتیک

۷	۶				۵								۴	۳	۲	۱									
	قطع مراقبت به دلیل				مراقبت ژنتیک کاهش خطر بروز	مراقبت ژنتیک موفق	وضعیت از نظر بارداری				تعداد فرزندان						آیا پرونده ژنتیک تشکیل شده است	بیماری تحت مراقبت	کد ملی	نام و نام خانوادگی	ردیف				
	مهاجرت / تاریخ گزارش مراقبت	فراخوان ناموفق	عدم ضرورت مراقبت	عدم همکاری			تمایل به بارداری		باردار		ختم بارداری در این ماه	مبتلا										سالم	سال انجام PND1	بلی	خیر
							خیر	بلی	اعلام شده قبلی	جدید/ LMP															
روش مطمئن از بارداری ندارد	روش مطمئن از بارداری دارد	بلی	اعلام شده قبلی	جدید/ LMP	ختم بارداری در این ماه	مبتلا	سالم	سال انجام PND1	بلی	خیر															
																		۱							
																		۲							
																		۳							
																		۴							
																		۵							
																		۶							

نام و امضاء مسوول واحد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ تکمیل فرم :

برنامه ژنتیک اجتماعی : فرم گزارش ماهانه مراقبت ژنتیک

(ب) ثبت وقایع در زنان باردار تحت مراقبت ژنتیک

۵										۴	۳	۲	۱
وقایع بارداری										بیماری تحت مراقبت	کد ملی	نام و نام خانوادگی	ردیف
نتیجه بارداری (تعداد جنین یا نوزاد ذکر شود)					باردار								
تاریخ ختم بارداری	تولد نوزاد مرده	سقط		تعداد نوزاد زنده	آیا PND2 را انجام داده است؟			تاریخ شروع بارداری بر اساس LMP (روز/ماه/سال)					
		سایر علل با ذکر کد	انتخابی به دلیل ابتلای جنین		خیر با ذکر دلیل علت	بله							
						تعداد جنین مبتلا	تعداد جنین سالم یا ناقل		تاریخ انجام PND2				
													۱
													۲

**کدهای علل عدم انجام PND2:** A: عدم همکاری B: اولین مراجعه پس از هفته ۱۷ بارداری C: مشکلات مالی D: بعد مسافت تا مرکز CVS E: عدم نیاز به دلیل نتیجه PND۱ F: ختم بارداری قبل از انجام آزمایش G: سایر دلایل

**کدهای سایر علل سقط:** A: خود به خودی B: عوارض ناشی از نمونه گیری از جنین C: سقط القایی D: حوادث منجر به سقط E: سایر با ذکر علت

نام و امضاء مسوول واحد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ تکمیل فرم :