

موسسه حمایت از کودکان با ناهنجاریهای مادرزادی
فرم آماری

شماره پرونده:	نام بیمارستان:	شهر:	تلفن:
نام نوزاد:	نام و نام خانوادگی مادر:	سن پدر:	نام و نام خانوادگی پدر:
جنسیت: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/> مبهم <input type="checkbox"/>	سن مادر: قومیت مادر:	نسبت خویشاوندی پدر و مادر:	سابقه بیماری مشابه در خانواده:
تاریخ تولد: / /	سابقه سقط در حاملگی های قبل: دارد/ندارد	سابقه بیماری مشابه در خانواده:	۱
سن حاملگی:	تعداد سقط:	۲	۳
وزن زمان تولد:	نوع حاملگی: طبیعی <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/>	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>	نتیجه تولد: مرده <input type="checkbox"/> زنده <input type="checkbox"/>
چندمین فرزند خانواده:	وضعیت نوزاد پس از تولد: مرخص شد <input type="checkbox"/> بستری شد <input type="checkbox"/> فوت کرد <input type="checkbox"/> ارجاع شد <input type="checkbox"/> مرکز محل ارجاع:	آدرس بیمار: استان: شهر: روستا/محله: خیابان:	تلفن: پلاک: کوچه: تلفن مواقع ضروری:

کدامیک از تشخیص های زیر در بیمار مشاهده شده است؟ لطفا با علامت x مشخص نمایید.

۱	Ambiguous Genitalia	<input type="checkbox"/>	۱۶	Fecal Incontinence	<input type="checkbox"/>
۲	Biliary Atresia	<input type="checkbox"/>	۱۷	Hirschsprung's Disease	<input type="checkbox"/>
۳	Cardiomyopathy	<input type="checkbox"/>	۱۸	Hydrocephalus	<input type="checkbox"/>
۴	Cleft Lip	<input type="checkbox"/>	۱۹	Hypospadias	<input type="checkbox"/>
۵	Cleft Palate	<input type="checkbox"/>	۲۰	Imperforate Anus	<input type="checkbox"/>
۶	Choledochal Cyst	<input type="checkbox"/>	۲۱	Myelomeningocele/Meningocele	<input type="checkbox"/>
۷	Club Foot	<input type="checkbox"/>	۲۲	Neurogenic Bladder	<input type="checkbox"/>
۸	Congenital Adrenal Hyperplasia	<input type="checkbox"/>	۲۳	Omphalocele	<input type="checkbox"/>
۹	Congenital Dislocation of Hip	<input type="checkbox"/>	۲۴	Osteogenesis Imperfecta	<input type="checkbox"/>
۱۰	Double Outlet R.V. (DORV)	<input type="checkbox"/>	۲۵	Pierre Robin Syndrome	<input type="checkbox"/>
۱۱	Encephalocele	<input type="checkbox"/>	۲۶	Single Ventricle	<input type="checkbox"/>
۱۲	Endocardial Cushion Defect	<input type="checkbox"/>	۲۷	Transposition of Great Vessels	<input type="checkbox"/>
۱۳	Epispadias	<input type="checkbox"/>	۲۸	Tricuspid Valve Atresia	<input type="checkbox"/>
۱۴	Esophageal Atresia	<input type="checkbox"/>	۲۹	Tetralogy of Fallot	<input type="checkbox"/>
۱۵	Extrophy of Bladder	<input type="checkbox"/>	۳۰	Urinary Tract Obstruction	<input type="checkbox"/>

شماره تماس

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم / /

شماره تماس

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول: