



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی - تهران

برگه بخش مراقبت های ویژه نوزادان

NICU Sheet

نام پزشک معالج: _____
Name Of physician: _____

نام جراح: _____
Name Of Surgeon : _____

علت بستری: _____
Diagnosis: _____

کد ملی: _____ Date: _____ تاریخ: _____
National ID.No: _____ تاریخ پذیرش در NICU: _____ تاریخ پذیرش در NICU: _____
تاریخ تولد: _____ NICU Administration Date: _____ تاریخ تولد: _____
بخش: _____ روز بستری در NICU: _____ بخش: _____
شماره تخت: _____ Day Bed NICU: _____ شماره تخت: _____
تاریخ جراحی: _____ Operation Date: _____ تاریخ جراحی: _____

شماره پرونده: _____
Unit No: _____

نام و نام خانوادگی: _____
Name & Family Name: _____

نام پدر: _____
Father's Name: _____

Time	Ventilation/O2						Intake				Output					
	Mod/in/ noninvasive	FIO2	IT/E	RR	PIP	PEEP	Infusion 1	Infusion 2	Infusion 3	Nutrition Enteral/ Parentra/oral	Vomit / Lavage	L.Chest.T	R.Chest.T	Drain	Urine	Stool
7																
8																
9																
10																
11																
12																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total 12H اقدامات اصلاحی																
Total 24H اقدامات اصلاحی																

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت-S3-94/10

این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

History	
B Group	
Weight	
DM	
Hbs +Ag	
HTN	
SMO/ADD	
Gest Age	
weigh of B	

Consultations		
Time	Consultation	Condition

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی صبح و عصر	ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی شب

Pain Score

Time	RDS Score							Vital Sign					Blood Gas						
	Cya	RE	GRA	Sound R	RR	Gest Age	Total score	T	PR	RR	BP	O ₂ SAT	PH	PCO ₂	BE	HCO ₃	PO ₂	O ₂ Sat	
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
Total 6H																			
اقدامات اصلاحی																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
Total 6H																			
اقدامات اصلاحی																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
Total 12H																			
اقدامات اصلاحی																			
Total 24H																			
اقدامات اصلاحی																			

PUSH TOOLS

طول	۱ < ۰/۳	۲ ۰/۳ - ۰/۶	۳ ۰/۷ - ۱/۰	۴ ۱/۱ - ۲/۰	۵ ۲/۱ - ۳/۰	نمره
عرض ()	۶ ۳/۱ - ۴/۰	۷ ۴/۱ - ۸/۰	۸ ۸/۱ - ۱۲/۰	۹ ۱۲/۱ - ۲۴/۰	۱۰ > ۲۴/۰	نمره
مقدار ماده مترشحه	۰	۱ کم	۲ متوسط	۳ زیاد		نمره
نوع بافت	۰ بسته	۱ بافت مخاطی	۲ بافت گوشت	۳ بافت زرد شبيه دلمه	۴ بافت تکروزه	نمره
<input type="checkbox"/> زخم دارد <input type="checkbox"/> زخم ندارد	اقدامات اصلاحی					نمره کل

Time	Change Position	Suction/T/Oral	Lab test											Others			
			Bs	BUN	Cr	Na	K	Mg	Ca	Hb	Hct	Plt	PT		PTT		
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
Total 6H	اقدامات اصلاحی																
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
Total 6H	اقدامات اصلاحی																
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
Total 12H	اقدامات اصلاحی																
Total 24H	اقدامات اصلاحی																

Disability

--

Airway

	No. Tube	Size	Fixe	Intube date	Extube date
E.T.T					
E.T.T Repeat					
T.T					

Routin Care **M** **E** **N**

Mouth/Nose			/
Eye/Ear			/
K.M.C			/
Nest			/
Foley			/
Dressing			/
Physiotherapy			/
Bath			/

paracilinic **M** **E** **N**

X.Ray			
Sono			
Ct.SCAN			
ECHO			
EKG			
EEG			
Others			

Date Cathatter Replacment **M** **E** **N**

Feeding tube			
Foley			
Chest Bottle R			
Chest Botte L			
Arterial			
CV- Line / PICC			
Others			

Guid of Nurse Report

- level of Consciousses
- Respiration
- E.C.G & V/S
- Visit & Time
- Hemodynamic
- Operation Site / Drain
- IV Line_ Intake / feeding
- F/C _ Output
- Skin Condition & Dressing

