نشان بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

معاینات بدنی و بررسی های پزشک

PHYSICAL EXAMINATION &
CLINICAL INVESTIGATION OF NEWBORN

شماره پرونده: Unit No:

Mother's ID Number: شماره ملی مادر:	Mother's First Name: نام مادر :	Mother's Family Name: نام خانوادگی مادر:
Mother's Blood Group & RH: گروه خونی مادر:	Father's Family Name: نام و نام خانوادگی پدر:	Mother's Date of Birth: تاریخ تولد مادر:

Birth Attendant MD: پزشک مسئول زایمان:	Mother's Nationality: ملیت مادر:	Father's Nationality: ملیت پدر:	Consanguinity: نسبت خویشاوندی والدین:

وزن به گرم: Birth weight (gr): ..... قد به سانتیمتر: Height (cm): .....

سن به هفته: Birth age (week): ..... دور سر به سانتیمتر: Head circumference (cm): .....

علائم حیاتی Vital Signs	نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:		نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:	
	اولین معاینه Exam 1st		دومین معاینه Exam 2nd	
	طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal	طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal
جمجمه و ملاج ها Skull & Fontanel				
پوست Skin				
سر و گردن و صورت Head & Neck & Face				
قفسه سینه و تنفس Chest & Respiratory				
قلب Heart				
شکم Abdomen				
دستگاه تناسلی Genital Organ				
اندام ها Extremities				
ستون مهره ها Spain				
مقعد Anus				
صدمات زایمانی Birth trauma				
ناهنجاری های بدو تولد Genital Anomaly				
سایر موارد Others				
دفع ادرار Urination				
دفع مدفوع Defecation				
رفلکس ها Reflexes				
تغذیه با شیرمادر: Breast feeding:	مطلوب Desirable	نامطلوب Undesirable	مطلوب Desirable	نامطلوب Undesirable
استفراغ: Vomiting:	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No
تب: Fever:	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No
بی قراری: Agitation:	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No	دارد ☐ Yes	ندارد ☐ No
سایر موارد: Other:				
	مهر و امضاء پزشک Physician signed Date: ..... تاریخ معاینه: Time: ..... ساعت معاینه:		مهر و امضاء پزشک Physician signed Date: ..... تاریخ معاینه: Time: ..... ساعت معاینه:	