



معاینات بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد
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:		

RR: تنفس: _____	T: دما: _____	PR: نبض: _____	Vital Signs
Exam 1 st اولین معاینه			
Abnormal غیر طبیعی	Normal طبیعی		
		Skull & Fontanel	جمجمه و ملاج ها
		Skin	پوست
		Head & Neck & Face	سر و گردن و صورت
		Chest & Respiratory	قفسه سینه و تنفس
		Heart	قلب
		Abdomen	شکم
		Genital Organ	دستگاه تناسلی
		Extremities	اندام ها
		Spain	ستون مهره ها
		Anus	مقعد
		Birth trauma	صدمات زایمانی
		Genital Anomaly	ناهنجاری های بدو تولد
		Others	سایر موارد
		Urination	دفع ادرار
		Defecation	دفع مدفوع
		Reflexes	رفلکس ها

Date: تاریخ معاینه: _____

Time: ساعت معاینه: _____

مهر و امضاء معاینه کننده

Sign & name

Date: تاریخ تحویل نوزاد: _____

Time: ساعت تحویل نوزاد: _____

مهر و امضاء تحویل گیرنده

Sign & name

مهر و امضاء تحویل دهنده

Sign & name