



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی استان همدان
مرکز بهداشت استان

راهنمای چیدمان استاندارد فرم ها

در

مراکز خدمات جامع و پایگاههای سلامت

بازنگری توسط اعضای کمیته پایش و ارزشیابی مرکز بهداشت استان

آبان ماه ۱۳۹۷

فهرست

عنوان	صفحه	واحد متولی
محل نصب فرمهای استاندارد	۳-۵	-
شماره	۶-۳۳	-
۱	۶	گسترش شبکه های بهداشتی درمانی
۲	۷	
۳	۸	
۴	۹	
۵	۱۰	
۶	۱۱	
۷	۱۲	
۸	۱۲	
۹	۱۳	پیشگیری از بیماریهای واگیر
۱۰	۱۴	
۱۱	۱۵	
۱۲	۱۶	
۱۳	۱۷	
۱۴	۱۸	
۱۵	۱۹	داروخانه
۱۶	۲۰	
۱۷	۲۱	سلامت جوانان نوجوانان و مدارس
۱۸	۲۲	مشترک
۱۹	۲۳	
۲۰	۲۴	سلامت دهان و دندان
۲۱	۲۵	پیشگیری از بیماریهای واگیر
۲۲	۲۶	
۲۳	۲۷	
۲۴	۲۸	پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر
۲۵	۲۹	سلامت جمعیت و خانواده
۲۶	۳۰	
۲۷	۳۱	
۲۸	۳۲	سلامت محیط و کار
۲۹	۳۳	

فرم، جدول، راهنما، فرایند، پوستر، بوکلت، کتاب، دستورالعمل و فایل‌های الکترونیک مورد نیاز در مراکز خدمات جامع و پایگاه‌های سلامت

واحد ارائه خدمت				محل نصب			عنوان
پایگاه	شهری روستایی	روستایی	شهری	سایر	دیوار سالن انتظار	دیوار اتاق کار	
	✓	✓	✓			✓	جدول وضعیت واحدهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت
✓	✓	✓		تابلو اعلانات			برنامه دهگردشی تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت
✓						✓	فرایند شماره (۱): ارجاع از پایگاه سلامت به مرکز خدمات جامع سلامت
	✓	✓	✓			✓	فرایند شماره (۲): ارجاع افقی در مرکز خدمات جامع سلامت
	✓	✓	✓			✓	فرایند شماره (۳): ارجاع از مرکز خدمات جامع سلامت
✓	✓	✓	✓			✓	جدول مشخصات کارکنان شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت
✓	✓	✓	✓			✓	مشخصات فردی کارکنان
✓	✓	✓	✓		✓		ساعت کار واحد ارائه دهنده خدمت
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			جدول راهنمای تبدیل ماههای میلادی به شمسی
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			جدول راهنمای نگهداری واکسن
✓	✓	✓	✓	روی در یخچال واکسن			نمودار پایش دمایی تجهیزات زنجیره سرما
✓	✓	✓	✓			✓	جدول ثبت بیماریهای تحت مراقبت
✓	✓	✓	✓			✓	راهنمای نحوه گزارش بیماریها
✓	✓	✓				✓	فرم چوب خط روزانه واکسیناسیون
	✓	✓	✓	کنار دماسنج		✓	فرم روزانه ثبت دما و رطوبت داروخانه

فرم
جدول
راهنما
فرایند

	لیست داروهای اورژانس و تاریخ مصرف آنها			کنار ترالی CPR	✓	✓	✓
	جدول ثبت تعداد مدارس و دانش آموزان منطقه			داخل پوشه روی میز کار	✓	✓	✓
	جدول گانت آموزشی	✓			✓	✓	✓
	فرم نظرسنجی (بعد از تکمیل اطلاعات، مورد بهره برداری قرار گیرد.)		✓		✓	✓	✓
	جدول اطلاعات جمعیتی و واحدهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت	✓	دندانپزشک		✓	✓	✓
	راهنمای شستشوی صحیح دستها		✓		✓	✓	✓
	تابلوهای آمادگی خانواده در برابر مخاطرات طبیعی			داخل پوشه	✓	✓	✓
	نقشه خطر ساختمان		✓		✓	✓	✓
	زیچ بلایا	✓			✓	✓	✓
	چارت فرماندهی حادثه (ICS)	✓			✓	✓	✓
پوستر	پوستر روش تهیه نمونه لام مالاریا	✓			✓	✓	✓
	پوستر جدول واکسیناسیون گروه هدف		✓		✓	✓	✓
	پوستر تشخیص و درمان بیماری سل	✓			✓	✓	✓
	پوستر غربالگری نوزادان (ویژه مراکز منتخب)		✓	بالای تخت نمونه گیری نوزاد	✓	✓	✓
	پوستر علائم خطر بارداری		✓		✓	✓	✓
	پوستر راهنمای تغذیه با شیر مادر	✓			✓	✓	✓
	پوستر هشدار مادران (مصوبه کمیته مرگ و میر مادران)		✓		✓	✓	✓
	پوستر روش سالمسازی سبزیجات		✓		✓	✓	✓

بوکلت کتاب دستورالعمل	بوکلت چارت های مانا، کودک سالم، مادران و میانسالان و سالمند ویژه غیر پزشک			روی میز کار	✓	✓	✓	✓
	بوکلت چارت های مانا، کودک سالم، مادران، میانسالان و سالمندان ویژه پزشک			روی میز کار		✓	✓	✓
	کتابچه های آموزشی باروری سالم (سن و باروری، تخمدان پلی کیستیک یا PCO، آندومتریوز، تک فرزندی، روشهای پیشگیری از بارداری)، کتاب شیوه زندگی سالم در سالمندی، کتابچه های شیوه زندگی سالم در میانسالان، کتاب باروری زنان از قاعدگی تا یائسگی، راهنمای فعالیت جسمانی در میانسالان			کمد اتاق کار	✓	✓	✓	✓
	راهنمای بوکلت چارت های مانا، کودک سالم، راهنمای ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم، کتابچه ۸ جلدی شیر مادر، راهنمای مادران برای تغذیه با شیرمادر (پاسخ به سولات رایج مادران)، احیای پایه کودکان و شیرخواران، قدم نورسیده مبارک، مراقبت و نگه داری از نوزاد نارس			کمد اتاق کار	✓	✓	✓	✓
	دستورالعمل های برنامه های سلامت جمعیت و خانواده			کمد اتاق کار	✓	✓	✓	✓
	دارونامه			روی میز کار داروخانه		✓	✓	✓
	آخرین چاپ کتابچه راهنمای واکسیناسیون			کمد اتاق کارکاردان مبارزه	✓	✓	✓	✓
	آخرین دستورالعمل های بیماریهای واگیر و غیر واگیر				✓	✓	✓	✓
	شرح وظایف پرسنل به تفکیک	✓			✓	✓	✓	✓
	راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۶ تا ۱۸ سال ویژه پزشک			نصب در رایانه کشوی میز کار	✓	✓	✓	✓
فایل الکترونیک	راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۶ تا ۱۸ سال ویژه غیرپزشک				✓	✓	✓	✓
	راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال ویژه پزشک				✓	✓	✓	✓
	راهنمای بالینی و برنامه اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۱۸ تا ۲۹ سال ویژه غیرپزشک				✓	✓	✓	✓
	راهنما و بوکلت چارت های مانا، کودک سالم و میانسالان و سالمند ویژه غیر پزشک				✓	✓	✓	✓
	راهنما و بوکلت چارت های مانا، کودک سالم، میانسالان و سالمندان ویژه پزشک					✓	✓	✓

جدول وضعیت واحدهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت.....

[illegible]

*سال راه اندازی: منظور سال شروع به فعالیت واحد بهداشتی می باشد.

****وضعیت مالکیت: ملکی، اجاره‌ای، استقرار موقت، وقفی**

***سال احداث: منظور سال تحویل ساختمان احداثی و یا بازسازی شده است.



سال:

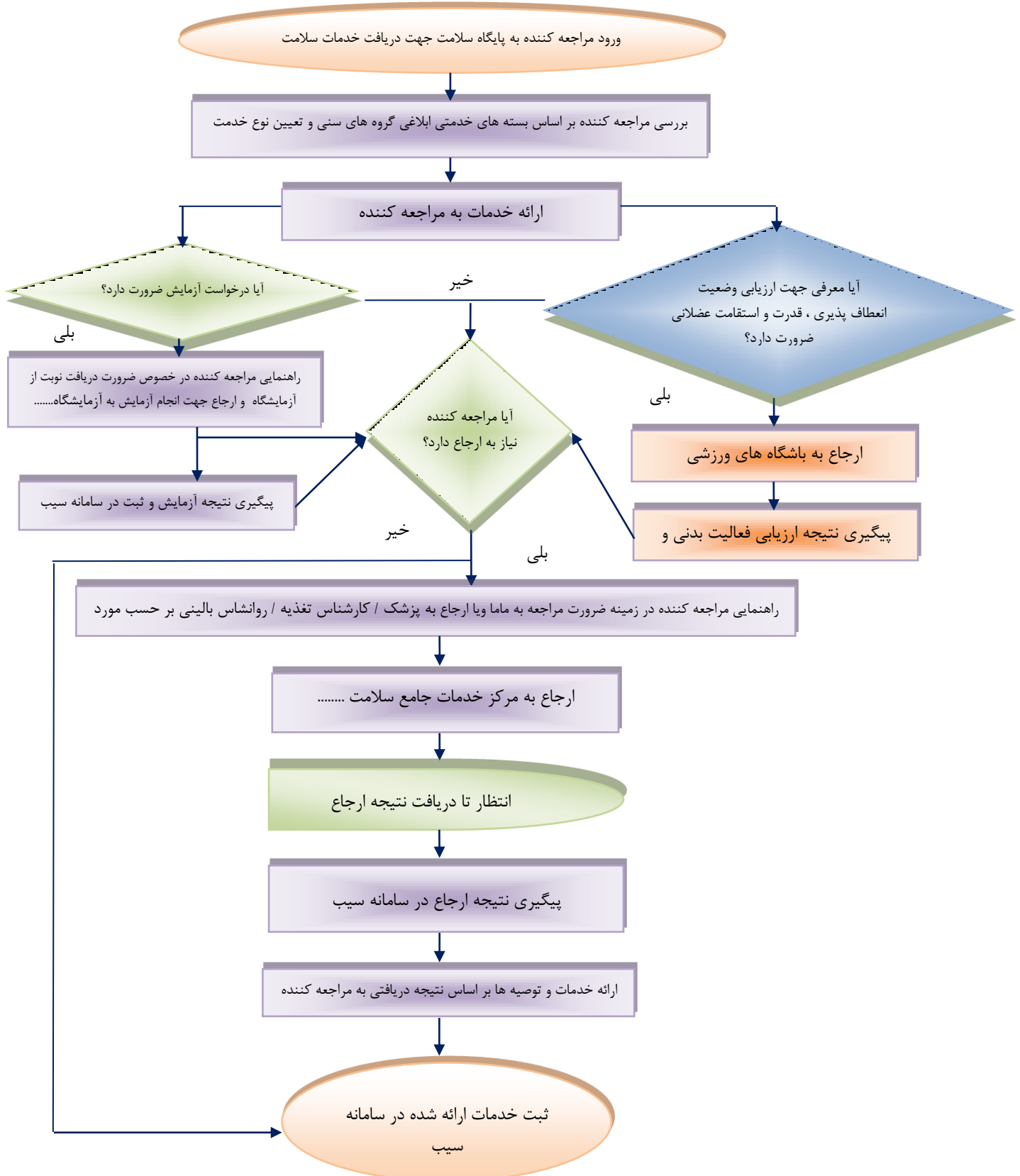
شهرستان:

برنامه دهگردشی تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت

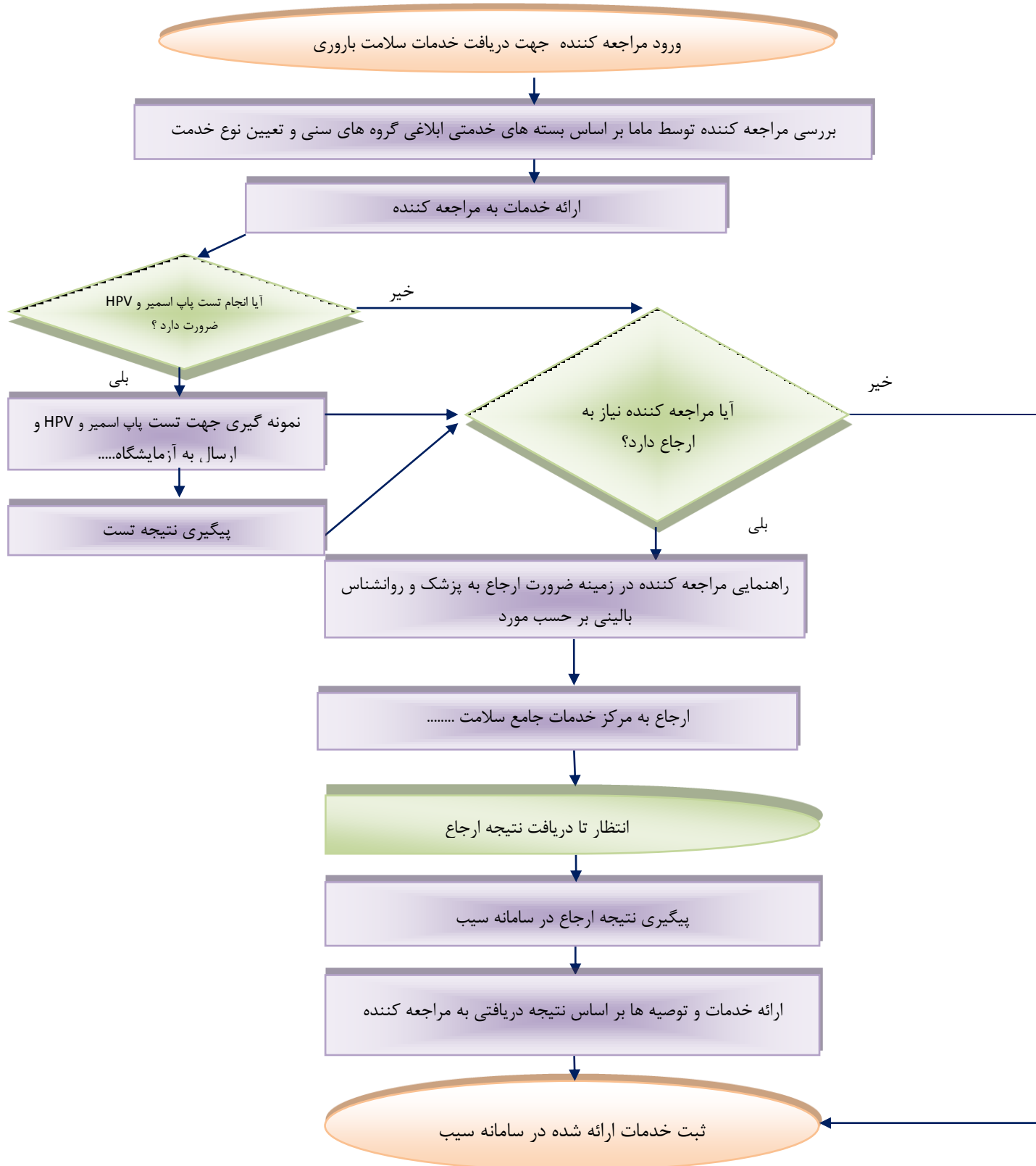
سمت بازدید کننده	ایام هفته چهارم						ایام هفته سوم						ایام هفته دوم						ایام هفته اول						تاریخ	محل بازدید
	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه	پنج شنبه	چهارشنبه	سه شنبه	دوشنبه	یکشنبه	شنبه		
																										روستاهای اصلی با ذکر نام
																										روستاهای قمر با ذکر نام
																										پایگاه های تحت پوشش با ذکر نام
																										مدارس تحت پوشش با ذکر نام
																										مراکز تهیه و توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی اماکن عمومی کارگاهها بازدید از محله

- روستای اصلی حداقل هفته ای یک بار و روستای قمر حداقل ماهیانه یک بار توسط یکی از اعضای تیم سلامت پایش شوند.
- در بازدید از روستای قمر می بایستی بهورز خانه بهداشت همراه تیم سلامت باشد. بازدید اعضای تیم سلامت از خانه بهداشت نباید با بازدید بهورز از روستاهای اقماری تداخل داشته باشد.
- در صورت مشاهده مشکلات در خانه بهداشت فاصله بازدیدها تا زمان رفع مشکلات بایستی کاهش یابد.

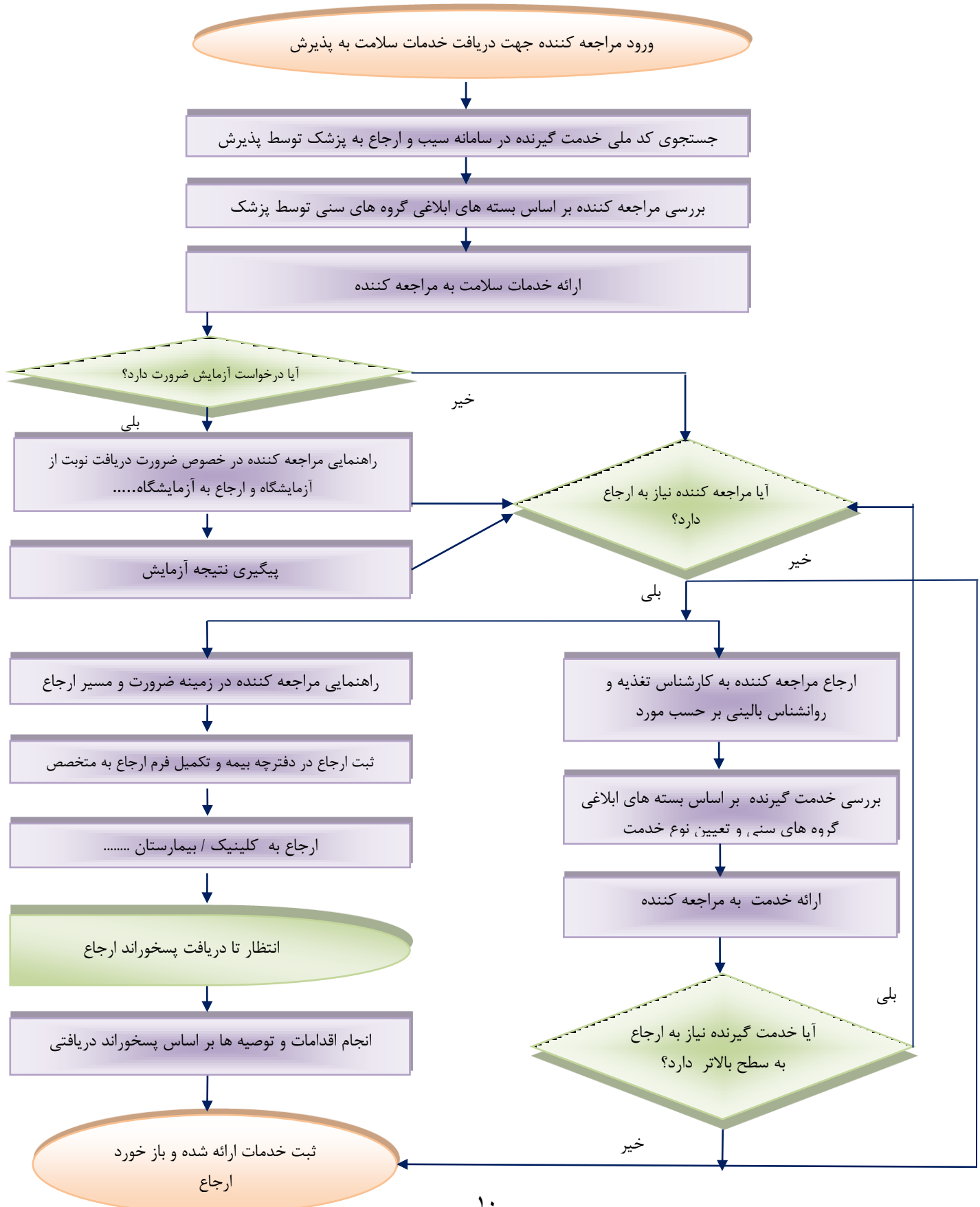
فرایند شماره (۱): ارجاع از پایگاه سلامت به مرکز خدمات جامع سلامت



فرایند شماره (۲): ارجاع افقی در مرکز خدمات جامع سلامت



فرایند شماره (۳): ارجاع از مرکز خدمات جامع سلامت



مرکز بهداشت استان

جدول مشخصات کارکنان شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت

..... سال:

..... شهرستان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	عنوان شغلی فعلی	رابطه استخدامی						پست سازمانی		ملاحظات *
			رسمی	پیمانی	موقت	نام آور	فراردادی	قریبی	عنوان	محل	
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											
۱۵											
۱۶											
۱۷											
۱۸											
۱۹											
۲۰											
۲۱											
۲۲											
۲۳											

نکات:

- در ستون ملاحظات مواردی نظیر بازنشستگی، انتقال و جابجایی، پایان طرح و ... ثبت می شود.
- این فرم سالیانه تکمیل می شود.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی

مرکز بهداشت استان

شهرستان

نام: ...

نام خانوادگی: ...

سمت: ...



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی

مرکز بهداشت استان

قابل توجه مراجعین محترم

ساعت کار مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی / پایگاه سلامت:

- روز های شنبه تا چهارشنبه از ساعت ۷/۳۰ صبح تا ۱۴/۳۰ بعد از ظهر
- روز پنج شنبه از ساعت ۷/۳۰ صبح تا ۱۳/۳۰ بعد از ظهر

فرم تبدیل ماههای میلادی به شمسی

ماههای شمسی				ماههای میلادی			
۱۲ بهمن	تا	۱۲ دی	برابر است با	ماه اول	JAN	ژانویه	۱
۱۰ اسفند	تا	۱۳ بهمن	برابر است با	ماه دوم	FEB	فوریه	۲
۱۲ فروردین	تا	۱۱ اسفند	برابر است با	ماه سوم	MAR	مارس	۳
۱۱ اردیبهشت	تا	۱۳ فروردین	برابر است با	ماه چهارم	APR	آوریل	۴
۱۱ خرداد	تا	۱۲ اردیبهشت	برابر است با	ماه پنجم	MAY	می	۵
۱۰ تیر	تا	۱۲ خرداد	برابر است با	ماه ششم	JUN	ژوئن	۶
۱۰ مرداد	تا	۱۱ تیر	برابر است با	ماه هفتم	JULY	جولای	۷
۱۰ شهریور	تا	۱۱ مرداد	برابر است با	ماه هشتم	AUG	آگوست	۸
۹ مهر	تا	۱۱ شهریور	برابر است با	ماه نهم	SEP	سپتامبر	۹
۱۰ آبان	تا	۱۰ مهر	برابر است با	ماه دهم	OCT	اکتبر	۱۰
۱۰ آذر	تا	۱۱ آبان	برابر است با	ماه یازدهم	NOV	نوامبر	۱۱
۱۱ دی	تا	۱۱ آذر	برابر است با	ماه دوازدهم	DEC	دسامبر	۱۲

جدول تطبیق سالهای میلادی با شمسی

سال شمسی		سال میلادی	سال شمسی		سال میلادی
۱۳۹۹	۱۴۰۰	۲۰۲۱	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۲۰۱۱
۱۴۰۰	۱۴۰۱	۲۰۲۲	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۲۰۱۲
۱۴۰۱	۱۴۰۲	۲۰۲۳	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۲۰۱۳
۱۴۰۲	۱۴۰۳	۲۰۲۴	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۲۰۱۴
۱۴۰۳	۱۴۰۴	۲۰۲۵	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۲۰۱۵
۱۴۰۴	۱۴۰۵	۲۰۲۶	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۲۰۱۶
۱۴۰۵	۱۴۰۶	۲۰۲۷	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۲۰۱۷
۱۴۰۶	۱۴۰۷	۲۰۲۸	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۲۰۱۸
۱۴۰۷	۱۴۰۸	۲۰۲۹	۱۳۸۷	۱۳۹۸	۲۰۱۹
۱۴۰۸	۱۴۰۹	۲۰۳۰	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۲۰۲۰

انواع واکسن ها، ماهیت، علامت اختصاری، مقدار، راه تجویز و شرایط نگهداری آنها

نام واکسن	ماهیت	علامت اختصاری	مقدار و راه تجویز	شرایط نگهداری درمحل واکسیناسیون
سه گانه	توکسوئیدکزاز، توکسوئید دیفتری و باکتری کشته شده سیاه سرفه	DTP	۰/۵ میلی لیتر، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
پنتاوالان	توکسوئیدکزاز، توکسوئید دیفتری و باکتری زنده ضعیف شده سیاه سرفه و آنتی ژن سطحی هپاتیت بی و پوشش پلی ساکارید Hib	PENTA	۰/۵ میلی لیتر، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
دوگانه	توکسوئیدکزاز و توکسوئید دیفتری (خردسالان و بزرگسالان)	DT (خردسال) dT (بزرگسال)	۰/۵ میلی لیتر، تزریق عضلانی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)
ب. ث. ژ	باسیل کالمت و گرن	BCG	زیر یکسال ۰/۰۵ میلی لیتر داخل جلدی، بالاتر از یک سال ۰/۱ میلی لیتر داخل جلدی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
سرخک، سرخچه اوربون	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، سرخچه و اوربون	MMR	۰/۵ میلی لیتر، تزریق زیر جلدی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
فلج اطفال	ویروس سه گانه زنده ضعیف شده	tOPV	۲ قطره خوراکی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه فوقانی یخچال)
	ویروس دو گانه زنده ضعیف شده	bOPV		
	ویروس کشته شده	IPV	۰/۵ میلی لیتر، زیر جلدی یا عضلانی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یخچال)
هپاتیت ب	آنتی ژن سطحی ویروس	HB	برای کودکان زیر ده سال ۰/۵ میلی لیتر، برای افراد ده سال و بالاتر یک میلی لیتر تزریق عضلانی، برای بیماران دیالیزی و تالاسمی دو برابر مقدار دوز توصیه شده، برای بیماران هموفیلی تزریق زیر جلدی	۸-۲ درجه سانتی گراد (طبقه میانی یا پایینی یخچال)

- در خصوص طریقه مصرف واکسنها چنانچه دستورالعمل مشخصی از طرف مرکز مدیریت بیماریها ارسال نشده باشد، مراعات کامل دستور العمل کارخانه سازنده ضروری است.
- واکسن های سه گانه، دوگانه و هپاتیت B درمقابل یخ زدگی تغییر ماهیت می دهند، در این صورت از مصرف آنها باید جداً خودداری کرد.
- کلیه واکسنها باید تا لحظه تجویز در دمای ذکر شده نگهداری شوند.
- حلال واکسنهای M.M.R و B.C.G در واحد مصرف کننده باید در یخچال نگهداری شود.

نمودار پایش دمائی تجهیزات زنجیره سرما

..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت استان مرکز بهداشت شهرستان
 نوع تجهیزات * : مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت
 شماره سردخانه / یخچال: تاریخ: از تا

روز	۰۱	۰۲	۰۳	۰۴	۰۵	۰۶	۰۷	۰۸	۰۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	
°C	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع	ص	ع
+۱۶																																
+۱۵																																
+۱۴																																
+۱۳																																
+۱۲																																
+۱۱																																
+۱۰																																
+۹																																
+۸																																
+۷																																
+۶																																
+۵																																
+۴																																
+۳																																
+۲																																
+۱																																
۰																																
-۱																																
-۲																																
-۳																																
-۴																																
-۵																																
آلارم >+۸	هر ۲۴ ساعت، وضعیت آلارم دمای بالا و همچنین حداکثر دمایی که توسط ابزار پایش مستمر دما ثبت شده است را یادداشت نمایید.																															
زمان آلارم یا ✓																																
حداکثر دما																																
آلارم <-۵	هر ۲۴ ساعت، وضعیت آلارم دمای پایین و همچنین حداقل دمایی که توسط ابزار پایش مستمر دما ثبت شده است را یادداشت نمایید.																															
زمان آلارم یا ✓																																
حداقل دما																																

امضاء:

نام و نام خانوادگی مسئول:

* فریزر/ سردخانه/ یخچال

جدول ثبت بیماریهای تحت مراقبت

مرکز بهداشت استان:

ماه منطقه نوع بیماری جنس	فروردین		اردیبهشت		خرداد		تیر		مرداد		شهریور		مهر		آبان		آذر		دی		بهمن		اسفند		جمع کل	
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
تب مالت																										
حیوان گزیدگی																										
کیست هیداتیک																										
سیاه زخم																										
توکسوپلاسموز																										
سل																										
چذام																										
مشکوک به سرخک																										
مشکوک به سرخجه																										
مشکوک به دیفتری																										
مشکوک به سیاه سرفه																										
مشکوک به کزاز																										
کزاز نوزادی																										
فلج شل حاد																										
مننژیت مننژوکوکسی																										
سایر مننژیت ها																										
تیفوئید																										
اسهال خونی																										
التور																										
هیپاتیت A																										
هیپاتیت B																										
هیپاتیت C																										
مالاریا																										
تب بازگرد کنه ای																										
سالم																										
آلودگی به شیش																										
تالاسمی																										
کانسره های بدخیم																										
عقرب گزیدگی																										
مارگزیدگی																										
دیابت																										
فشار خون بالا																										
سندرم سرخجه																										
مادرزادی																										

همکار محترم:

خواهشمند است در صورت مشاهده موارد بیماری مراتب را با ذکر مشخصات و آدرس دقیق بیمار به واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان گزارش نمائید.

**بیماریهای مشمول گزارش فوری (تلفنی)****شک به:**

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--|-----------------------|-----------|
| * وبا (التور) | * بوتولیسم | * فلج شل حاد | * سرخک | * سرخجه |
| * کزاز نوزادی | * دیفتري | * سیاه سرفه | * مننژیت باکتریال | * مالاریا |
| * تیفوس | * طاعون | * تب زرد | * هر نوع حیوان گزیدگی | |
| * بیماریهای بثورى و خونریزی دهنده | | * سایر بیماریهای واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد | | |

بیماریهای مشمول گزارش ماهیانه (کتبی)**بیماریهای واگیر:**

تیفوئید، آنفلوآنزا، هپاتیت ویرال، تب مالت، لیشرمانیوزیس، کیست هیداتیک، پدیکلوزیس، سل، جذام، کزاز بالغین، توکسوپلاسموزیس، گال، کچلی و سایر بیماریهای قارچی، سوزاک، اورتریت غیر گنوکوکى، زخم های تناسلى، سیفلیس، شینگلوز، لپتوسپیروزیس، فاسیولازیس، سیاه زخم، شیسستوزومیازیس

بیماریهای غیر واگیر:

سرطانها، تالاسمی، گواتر، دیابت، بیماریهای قلبی عروقی و سوانح و حوادث

توجه: برای گزارش فوری بیماریها منتظر تأیید آزمایشگاه نباشید.

کلیه موارد مشمول گزارش فوری باید به طور کتبی هم اعلام گردند.

واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

تلفن ۱۳-۰۸۱۱۴۲۴۵۴۱۲ فاکس: ۰۸۱۱۴۲۲۷۹۷۸

بیماران را جهت تهیه نمونه خلط (برای سل)، لام خون محیطی (رای مالاریا و بورلیا)، سواب رکتال (برای التور) به نزدیکترین مرکز خدمات جامع

سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت ارجاع نمائید.

بیماران مشکوک به آنفلوآنزا را جهت تهیه نمونه سواب گلو به مراکز مرکز خدمات جامع سلامت منتخب در هر شهرستان به صبح و بعداز ظهر ارجاع نمائید.

شهرستان همدان: ۰۸۱۱۸۲۶۴۴۴۲ شهرستان ملایر: ۰۸۵۱۳۳۴۷۷۴ شهرستان نهاوند: ۰۸۵۲۳۲۳۷۳۵۵ شهرستان تویسرکان: ۰۸۵۲۴۲۲۸۴۰۵
شهرستان رزن: ۰۸۱۲۶۲۲۵۴۹۹ شهرستان کبودر آهنگ: ۰۸۱۲۵۲۲۲۶۶۶ شهرستان بهار: ۰۸۱۲۴۲۲۲۵۵۵ شهرستان فامنین: ۰۸۱۲۷۲۲۳۸۸۱

فرم چوب خط واکسیناسیون (tally sheet)

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شهرستان:

کد فرم: ۱۰۵

نام واحد: زایشگاه ☐ پایگاه بهداشت ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ تیم سیار ☐

نوع واحد: بیمارستان ☐ خانه بهداشت ☐

ماه: سال:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

آمار ایمنسازی

گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله (۱۲-۲۳) ماه	۲ سال و بیشتر
MMR ₁			
MMR ₂			
هیاتیت ۱	۲۴ ساعت اول	بعد از ۲۴ ساعت	
هیاتیت ۲			
هیاتیت ۳			
فلج اطفال تزریقی			
مننژیت			

آمار واکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسالان

جنس و سن آنتی ژن	زنان غیر باردار ۱۵-۴۹ ساله	زنان باردار	دانش آموزان	سایر گروههای جنسی و سنی
کزاز یا توام ۱				
کزاز یا توام ۲				
کزاز یا توام ۳				
کزاز یا توام ۴				
یادآور (هر ۱۰ سال یکبار)				

گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله - ۲۳) (۱۲) ماه	۲ سال و بیشتر
ب.د.ت.ژ			
فلج اطفال خوراکی ۰			
فلج اطفال خوراکی ۱			
فلج اطفال خوراکی ۲			
فلج اطفال خوراکی ۳			
یادآور فلج اطفال ۱			
یادآور فلج اطفال ۲			
پنج گانه ۱			
پنج گانه ۲			
پنج گانه ۳			
یادآور سه گانه ۱			
یادآور سه گانه ۲			
توأم خردسال ۱			
توأم خردسال ۲			
توأم خردسال ۳			
یادآور توأم خردسال ۱			
یادآور توأم خردسال ۲			

نام و امضاء مسئول واحد:

نام و امضاء تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

شہرستان:

..... فصل:

[illegible]

توضیحات:....

مرکز بهداشت استان

فرم ثبت اقلام داروهای اورژانسی در اتاق کار پزشکان مراکز خدمات جامع سلامت

ردیف	نام دارو	تعداد	تاریخ انقضا	ردیف	نام دارو	تعداد	تاریخ انقضا
۱	آمپول آتروپین			۲۵	سرم قندی ۵۰۰		
۲	آمپول اپی نفرین			۲۶	آمپول رانیتیدین		
۳	آمپول آمینوفیلین			۲۷	پزل نیتروگلیسرین زیر زبانی		
۴	آمپول فوروزماید			۲۸	کپسول نیفیدپین		
۵	آمپول دگزامتازون			۲۹	قطره تترا کائین		
۶	ویال هیدروکورتیزون			۳۰	اسپری سالبوتامول		
۷	آمپول کلرفنیر امین			۳۱	شیاف استامینوفن اطفال		
۸	آمپول پرومتازین			۳۲	سرنگ ۲-۵-۱۰		
۹	آمپول دیازپام			۳۳	آنژیوکت آبی / سبز / صورتی		
۱۰	آمپول دوپامین			۳۴	اسکالپ وین		
۱۱	آمپول متوکلوپرامید			۳۵	سر سوزن ۲۱-۲۲-۲۳		
۱۲	آمپول هیوسین			۳۶	یورین بگ ۱.۵		
۱۳	آمپول نالوکسان			۳۷	سوند معده		
۱۴	آمپول بی پریدین			۳۸	سوند فولی		
۱۵	آمپول تری فلو پرازین			۳۹	سوند نلاتون		
۱۶	آمپول تتابولین			۴۰	ژل لوبریکانت		
۱۷	آمپول بتامتازون ساده			۴۱	لوله تراشه کاف دار		
۱۸	آمپول کلسیم			۴۲	ایروی		
۱۹	امپول کلر پرومازین			۴۳	آمبویگ		
۲۰	آمپول ویتامین K 1			۴۴	اتوسکوپ		
۲۱	ویال لیدوکائین ۰.۲٪			۴۵	لارنگوسکوپ		
۲۲	ویال دکستروز ۵۰٪						
۲۳	ویال بیکربنات سدیم						
۲۴	سرم رینگر ۵۰۰ یا ۱۰۰۰						

جدول جمعیتی گروه هدف برنامه سلامت جوانان ، نوجوانان و مدارس مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت در سال تحصیلی

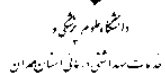
کل جمعیت	تعداد دانش آموزان متوسطه دوره دوم			تعداد دانش آموزان متوسطه دوره اول			تعداد دانش آموزان مقطع ابتدایی						مدرسه مروج است تیک زده شود.	مراقب بهداشت دار تیک زده شود.	نوع مدرسه	مختلط	پسرانه	دخترانه	نام مدرسه	ردیف
	دوازدهم	یازدهم	دهم	نهم	هشتم	هفتم	ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول								
																				۱
																				۲
																				۳
																				۴
																				۵
																				۶
																				۷
																				۸
																				۹
																				۱۰
													جمع کل							

جمعیت جوانان ۲۹-۱۸ ساله بر اساس زیج حیاتی یا آخرین سرشماری:

جمعیت نوجوانان دانش آموز و غیر دانش آموز (۶، ۹، ۱۲، ۱۵ ساله) بر اساس زیج حیاتی یا آخرین سرشماری:

جمعیت دانش آموزان مدارس فاقد مراقب بهداشت جهت بررسی پدیکلوزیس:

توجه: * در ستون نوع مدرسه: دولتی، غیر انتفاعی، نمونه مردمی، هیات امنایی، نمونه دولتی، شبانه روزی و بزرگسال قید شود. * در صورت مختلط بودن مدرسه در یک خط کسری مورب جمعیت دختر در صورت و پسر در مخرج کسر قید شود.



مرکز بهداشت استان

جدول گانت (زمانبندی) آموزش مردمی ۶ ماهه سال

مرکز بهداشت شهرستان: مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

[illegible]

تعیین موضوع آموزش و تاریخ پیش بینی برگزاری جلسات با توجه به اولویت های سلامت (بر اساس نیازسنجی آموزش مردمی)، مناسبت های سلامت و اولویت های ابلاغی یا فوریت پیش آمده و تصمیمات متخذه آموزش مردمی مرکز خدمات جامع سلامت به صورت ماهانه تکمیل شود.

➤ هر ☐ نشانگر یک هفته در ماه است. ثبت تاریخ پیش بینی / برگزاری جلسه آموزش در ☐ مربوطه مورد انتظار است. واحد:



«رضایت از خدمات منجر به ارتقای سلامت خواهد شد»



قابل توجه مراجعین محترم

برای اینکه نظر شما را درباره خدمات این واحد بدانیم:

با این شماره برای شما پیامک می فرستیم:

۱۰۰۰۳۵

با این شماره با شما تماس می گیریم:

.....

این شماره ها را در تلفن همراه خود ذخیره نمایید.

در صورت وجود هر گونه سوال، شکایت، پیشنهاد و تقدیر می توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

.....

جدول اطلاعات جمعیتی و واحد های تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت سال:

اطلاعات جمعیتی	شهری	جمعیت کودکان زیر ۲ سال	
		جمعیت کودکان ۳-۵ سال	
		جمعیت کودکان ۶-۱۲ سال	
		جمعیت کودکان ۱۲ سال	
		جمعیت زنان باردار	
		جمعیت زنان شیرده	
		جمعیت سایرین	
		کل جمعیت تحت پوشش شهری	
	روستایی	جمعیت کودکان زیر ۲ سال	
		جمعیت کودکان ۳-۵ سال	
		جمعیت کودکان ۶-۱۲ سال	
		جمعیت کودکان ۱۲ سال	
		جمعیت زنان باردار	
		جمعیت زنان شیرده	
		جمعیت سایرین	
		کل جمعیت تحت پوشش روستایی	
تعداد واحد های تحت پوشش	پایگاه سلامت		
	خانه بهداشت		
	مدارس ابتدایی	شهری	
		روستایی	
	دانش آموزان ابتدایی	شهری	
		روستایی	

طرز تهیه گسترش های ضخیم و نازک خونی برای تشخیص مالاریا

به منظور تشخیص میکروسکوپی مالاریا، یک گسترش ضخیم و یک گسترش نازک روی یک لام تهیه می گردد. گسترش های نازک معمولاً برای ثبت مشخصات بکار میرود و اگر خوب تهیه شده باشد، برای تعیین گونه های انگل نیز کاربرد دارد. بهتر است به منظور تشخیص و بررسی انگل مالاریا از گسترش ضخیم استفاده گردد.

مواد مورد نیاز برای تهیه گسترش های خونی و ثبت مشخصات بیمار

- لام تمیز
- پنبه تمیز
- مداد نرم
- لانتست یکبار مصرف
- پارچه کتانی
- فرم بیمار یابی
- الکل ۷۰ درصد
- جعبه لام درب دار
- خودکار



مرحله ۴ گسترش نازک: لام تمیز دیگری را به عنوان پخش کننده برداشته و لیه باریک (عرض لام) آن را به قطره خون تماس دهید و اجازه دهید خون در لیه آن پخش گردد، سپس لام پخش شده را تحت زاویه ۴۵ درجه در سطح لام محکم بکشید (در جهت مخالف قطره های گسترش ضخیم) تا خون در سطح لام پخش گردد. مراقب باشید در حین تهیه گسترش لیه پخش کننده در تماس دائم با سطح لام باشد.

مرحله ۱ کف دست چپ را به طرف بالا نگاه دارید، انگشت سوم از سمت شست را گرفته (در موزادان می توان انگشت شست پا را به کار برد) و با یک قطعه پنبه آغشته به الکل نوک انگشت بیمار را تمیز کنید. پنبه را محکم بر روی انگشت بیمار بکشید تا جرم و چربی آن بر طرف گردد.



مرحله ۵ گسترش ضخیم: به کمک گوشه لام پخش کننده، به سرعت قطره های خون را به هم متصل کرده و سپس آنها را پخش کنید تا به صورت دایره (به قطر حدود یک سانتی متر) درآید، این کار را با ۳ تا ۶ حرکت دورانی انجام دهید.

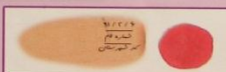
مرحله ۲ به وسیله لانتست استریل، نوک انگشت را با یک حرکت سریع سوراخ کنید و با فشار ملایم و آرام به انگشت، اولین قطره خونی را که از آن خارج می گردد به کمک یک پنبه خشک پاک کنید و مطمئن شوید که هیچ رشته و الیافی از پنبه روی انگشت باقی نمانده باشد زیرا ممکن است با خون مخلوط گردد.



مرحله ۶ در قسمت پهن تر گسترش نازک با مداد، شماره لام و تاریخ تهیه آن را بنویسید. از خودکار برای نوشتن بر روی گسترش استفاده نکنید. اجازه دهید لام بر روی یک سطح مسطح و به دور از گرد و غبار، حشرات و گرمای شدید خشک شود.

مرحله ۳ به سرعت لام تمیزی را از لیه بگیریید و مطابق شکل بالا و به روش زیر خون گیری کنید. با فشار ملایم به انگشت یک قطره کوچک و منفرد از خون در وسط لام قرار دهید. این قطره برای گسترش نازک به کار می رود. مجدداً با فشار بیشتر به انگشت، خون بیشتری از انگشت خارج کنید و سپس ۲ تا ۳ قطره بزرگتر روی لام و در حدود یک سانتی متری قطره خون منفرد قرار دهید. بقایای خون را که از انگشت خارج میشود با یک تکه پنبه پاک کنید.

مرحله ۷ لام های تهیه شده را به همراه فرم بیمار یابی مالاریا، به وسیله جعبه لام سریعاً به آزمایشگاه منتقل کنید.



نمونه ای از یک گسترش نازک و ضخیم که بصورت صحیح تهیه شده است.



مرکز بهداشت استان
گروه مبارزه با بیماری ها



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماری های واگیر
اداره کنترل مالاریا

برنامه ایمن سازی کودکان

نوع واکسن	سن
ب.ث.ژ - هپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی	بدو تولد
پنج گانه - فلج اطفال خوراکی	۲ ماهگی
پنج گانه - فلج اطفال خوراکی و فلج اطفال تزریقی	۴ ماهگی
پنج گانه - فلج اطفال خوراکی	۶ ماهگی
MMR	۱۲ ماهگی
سه گانه - فلج اطفال خوراکی - MMR	۱۸ ماهگی
سه گانه - فلج اطفال خوراکی	۶ سالگی

نکته ها:

- در صورت فقدان کارت ایمن سازی یا سابقه معتبر ایمن سازی، پس از بررسی کامل و دقیق از جمله حافظه والدین کودک، در صورت نیاز ایمن سازی تکمیل گردد.
- ملاک سابقه معتبر ایمن سازی سند معتبری (از قبیل کارت واکسیناسیون، ثبت در دفاتر مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت و تیم های سیار و گواهی پزشک) است که نشان دهنده واکسیناسیون فرد باشد.
- بعد از آخرین دز واکسن سه گانه در ۶ سالگی، باید هر ده سال یک بار، واکسن دو گانه بزرگسالان (Td) تزریق شود.

(ویژگی دوم)
شماره ۱۳۸۸

تشخیص و درمان بیماری سل

اوزیابی بیمار

سوال کنید

بیمار کدامیک از علائم زیر را دارد ؟

- سرفه طول کشیده بیش از دو هفته
- دفع خلط همراه با بدو ن رگه خون
- عرق شبانه
- کاهش وزن
- تب خفیف
- بی اشتها بی

در صورتی که بیمار سرفه طول کشیده بیش از دو هفته دارد به ویژه اگر با یک یا چند علامت دیگر همراه باشد.

فرم بیماریابی رابه دقت تکمیل نمایید و سه نمونه خلط از بیمار تهیه کنید. نمونه اول را از بیمار در اولین مراجعه به خانه بهداشت یا هر واحد بهداشتی درمانی دیگر در فضای آزاد و زیر نظر کارمند بهداشتی تهیه نمایید. نمونه دوم را بیمار صبح روز بعد، قبل از برخاستن از بستر تهیه نماید. نمونه سوم را از بیمار همزمان با تحویل نمونه دوم و با همان روش نمونه اول در واحد بهداشتی درمانی تهیه نماید. نمونه های خلط را پس از کنترل از نظر کیفیت و کمیت نمونه به همراه فرم بیماریابی تکمیل شده به مرکز بهداشتی درمانی یا آزمایشگاه میکروب شناسی سل مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایید.

بازگشت به پایانی بیماری

بیمار سابقه درمان سل ندارد (مورد جدید)

بیمار سابقه درمان سل دارد

- حداقل دو نمونه از سه نمونه خلط تهیه شده از بیمار از نظر باسیل اسید فاست مثبت شده است
- یک نمونه اسمیر خلط بیمار مثبت و تغییرات رادیوگرافیک قفسه سینه مؤید سل ریوی است
- یک نمونه اسمیر خلط بیمار و یک مورد کشت خلط از نیز مثبت شده است
- سری آزمایش اسمیر خلط سه نمونه ای به فاصله دو هفته از نظر باسیل اسید فاست منفی باشد و عکس رادیوگرافی قفسه سینه بیمار دارای یافته های غیرطبیعی به نفع سل باشد و درحال عمومی بیمار علیرغم ۱۲-۱۴ روز تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف تغییری ایجاد شده باشد و تصمیم کمیته فنی سل شهرستان یا متخصص تعیین شده از سوی آن کمیته منی بر شروع درمان کامل ضد سل باشد (★)
- آزمایش های اولیه اسمیر مستقیم خلط بیمار از نظر باسیل اسید فاست منفی ولی نتیجه آزمایش کشت خلط مثبت شده است
- اگر بیمار به شدت بدحال بوده و یک سری خلط حداقل دو نمونه ای تهیه شده از وی از نظر باسیل اسید فاست منفی شده باشد، در صورت وجود شواهد رادیو گرافیک مؤید برسل ریوی و تصمیم پزشکی به عنوان سل ریوی اسمیر منفی طبقه بندی خواهد شد

یافته ها

نوع بیماری

درمان

پیش روند دوره درمان

بیمار تحت درمان رژیم کوتاه مدت ۶ ماهه قرار می گیرد

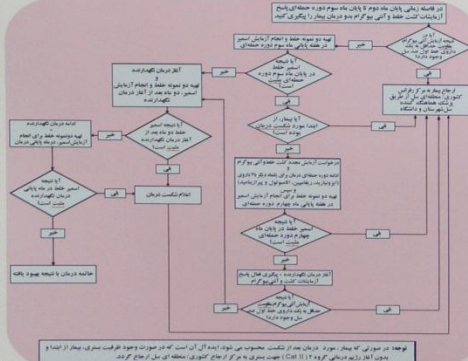
- مرحله حمله: بیمار را به مدت ۲ ماه با چهار داروی ایزونیازید (H)، ریفامپین (R)، پیرازینامید (Z)، اتامپوتول (E) درمان کنید.
- مرحله نگهدارنده: بیمار را به مدت ۴ ماه با دو داروی ایزونیازید (H) و ریفامپین (R) درمان کنید.

بیمار تحت درمان رژیم کوتاه مدت ۶ ماهه قرار می گیرد

- مرحله حمله: بیمار را به مدت ۲ ماه با چهار داروی ایزونیازید (H)، ریفامپین (R)، پیرازینامید (Z) و اتامپوتول (E) درمان کنید.
- مرحله نگهدارنده: بیمار را به مدت ۴ ماه با دو داروی ایزونیازید (H) و ریفامپین (R) درمان کنید.

بیمار تحت درمان رژیم کوتاه مدت ۶ ماهه قرار می گیرد

- مرحله حمله: بیمار را به مدت ۲ ماه با پنج داروی ایزونیازید (H)، ریفامپین (R)، پیرازینامید (Z)، اتامپوتول (E) و استرپتامین (S) درمان کنید و سپس استرپتامین را حذف نموده و درمان را با چهارداروی دیگر به مدت یک ماه ادامه دهید.
- مرحله نگهدارنده: بیمار را به مدت ۴ ماه با سه داروی ایزونیازید (H)، ریفامپین (R) و اتامپوتول (E) درمان کنید.



در سل ریوی اسمیر منفی
پایان ماه دوم دو نمونه خلط تهیه کنید
منفی - درمان نگهدارنده را شروع کنید
مثبت - شروع مجدد درمان در گروه دو (شکست درمان)
درسل خارج ریوی
در صورتی که بیمار علائم ریوی دارد: درپایان ماه دوم برای بیمار نمونه خلط آزمایش شود.

- بیماری که با هیچیک از تعاریف فوق مطابقت نداشته باشد درگروه سایر طبقه بندی می شود.
- مقاومت چند دارویی (MDR) به معنای آن است که میکروب سل بطور همزمان حداقل به دو داروی ایزونیازید و ریفامپین مقاوم است

درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS)
درمان کوتاه مدت زیر نظارت مستقیم (DOTS) یک استراتژی شناخته شده موثر جهت کنترل بیماری سل است که باید در سرسرس کشور اجرا شود. رهاکار DOTS شامل موارد زیر است: تعهد سیاسی، نظارت و گزارش منظم، دسترسی به دارو، نظارت بر مصرف دارو، نظارت بر عملکرد سیستم و نظارت بر عملکرد سیستم. این سیستم در سال ۱۹۹۴ توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی شد و در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد.

دارو	دوز	تعداد دفعات	نوع مصرف
ایزونیازید (H)	۵ (۰.۲۵)	۱ (۰.۲۵)	خوراکی
ریفامپین (R)	۱۵ (۰.۲۵)	۱ (۰.۲۵)	خوراکی
پیرازینامید (Z)	۱۵ (۰.۲۵)	۱ (۰.۲۵)	خوراکی
اتامپوتول (E)	۱۵ (۰.۲۵)	۱ (۰.۲۵)	خوراکی
استرپتامین (S)	۱۵ (۰.۲۵)	۱ (۰.۲۵)	خوراکی

- مصرف استرپتامین در دوران بارداری ممنوع است.
- مصرف استرپتامین در افراد مسن (بالتر از ۵۰ سال) روزانه حداکثر ۷۵۰ میلی گرم توصیه می شود.
- اتامپوتول در کودکان به مقدار ۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تجویز می شود.

در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می توانید: ۱- به پزشک هماغ کنید سل شهرستان خود تماس حاصل فرمایید. ۲- به صفحه اینترنتی اداره سل و جوامع مرکز مدیریت بیماری های واگیر مراجعه کنید. مطالعه کتاب راهنمای کشورهای مبارزه با سل توصیه می شود.



درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS)
درمان کوتاه مدت زیر نظارت مستقیم (DOTS) یک استراتژی شناخته شده موثر جهت کنترل بیماری سل است که باید در سرسرس کشور اجرا شود. رهاکار DOTS شامل موارد زیر است: تعهد سیاسی، نظارت و گزارش منظم، دسترسی به دارو، نظارت بر مصرف دارو، نظارت بر عملکرد سیستم و نظارت بر عملکرد سیستم. این سیستم در سال ۱۹۹۴ توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی شد و در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد.

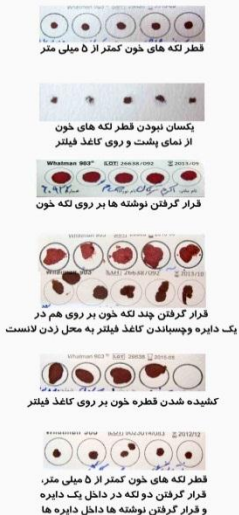
درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTS)
درمان کوتاه مدت زیر نظارت مستقیم (DOTS) یک استراتژی شناخته شده موثر جهت کنترل بیماری سل است که باید در سرسرس کشور اجرا شود. رهاکار DOTS شامل موارد زیر است: تعهد سیاسی، نظارت و گزارش منظم، دسترسی به دارو، نظارت بر مصرف دارو، نظارت بر عملکرد سیستم و نظارت بر عملکرد سیستم. این سیستم در سال ۱۹۹۴ توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی شد و در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد. این سیستم در سال ۱۹۹۵ به عنوان یک سیستم استاندارد برای درمان بیماری سل پذیرفته شد.

http://www.cdc.hbi.ir/healthtopics/tb

غربالگری نوزادان (کم کاری تیروئید و فیل کتونوری)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان همدان
معاونت بهداشتی
گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

نمونه های نامناسب



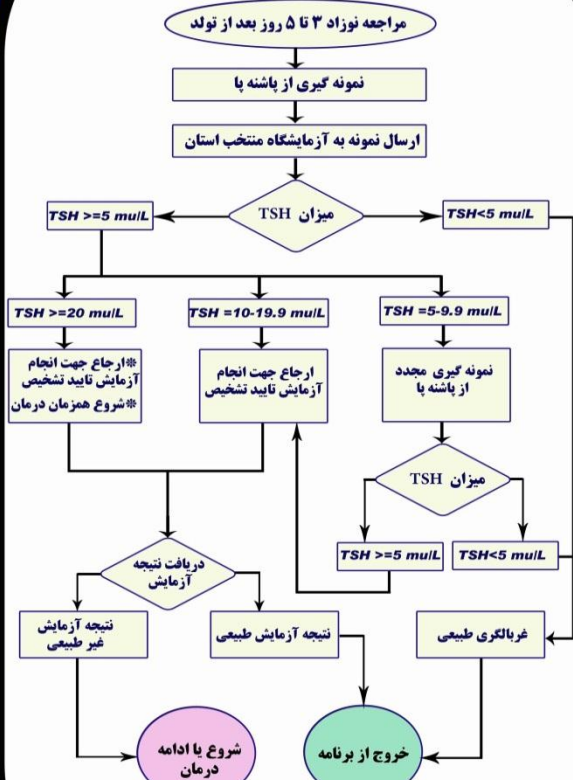
ویژگی های نمونه مناسب



روند انجام نمونه گیری

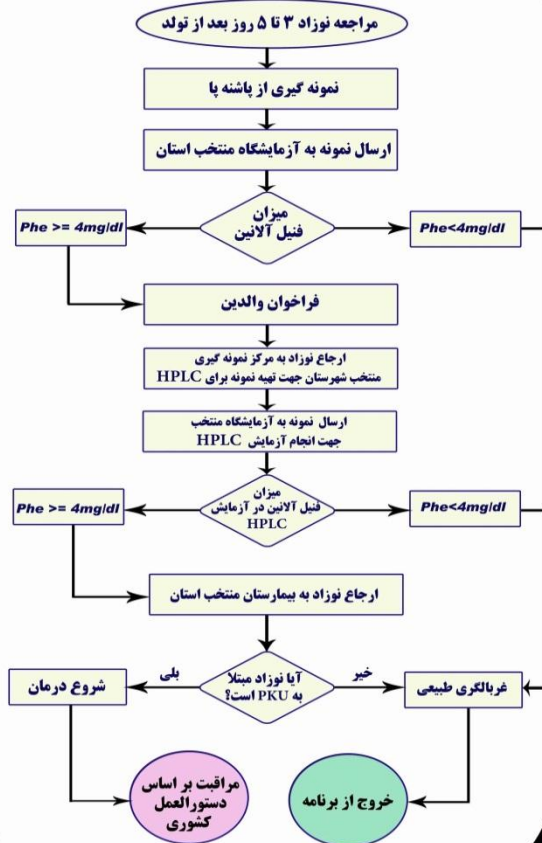
- ۱- تکمیل دقیق فرم نمونه گیری (فرم شماره ۱) با خودکار
 - ۲- ثبت مشخصات نوزاد و شماره سریال فرم نمونه گیری بر روی کاغذ فیلتر با خودکار
 - ۳- خواباندن نوزاد با شیب ۱۰ درجه روی تخت یا در آغوش مادر
 - ۴- گرم کردن پاشنه پا با حوله ولرم یا ماساژ یا برای افزایش جریان خون در محل نمونه گیری
 - ۵- پاک نمودن محل نمونه گیری با پد الکلی و صبر کردن تا خشک شدن الکل
 - ۶- زدن لانتست به قسمت کناری پاشنه پا و پاک کردن قطره اول خون با گاز استریل
 - ۷- نزدیک نمودن مرکز دایره کاغذ فیلتر به قطره خون برای جذب کامل و تکرار این اقدام بر روی سایر دایره های کاغذ فیلتر
 - ۸- تکه داشتن یا بالای سطح بدن بعد از اتمام نمونه گیری و فشار دادن گاز استریل با دست روی محل خونگیری به مدت ۵ دقیقه
 - ۹- زدن چسب مخصوص ضد حساسیت بر روی محل نمونه گیری
 - ۱۰- قرار دادن نمونه ها در دمای ۲۵-۱۵ درجه سانتیگراد اتالی به مدت ۳ ساعت به صورت اتالی جهت خشک شدن نمونه ها به صورتی که لکه های خون با جایی تماس نداشته باشند
 - ۱۱- ثبت عبارت "آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان همدان، جنب بیمارستان اکباتان" بر روی پاکت پستی و ارسال توسط پست پیشتاز
- تذکره:
در صورت عدم امکان ارسال نمونه در همان روز، پاکت های پستی حاوی نمونه ها را در داخل یخچال قرار دهید.

فلوجارت غربالگری نوزادان برای بیماری کم کاری تیروئید



تذکره: در صورتی که پزشک شروع کننده درمان فوکل پوینت برنامه نباشد نوزاد باید بطور غیر فوری توسط فوکل پوینت ویریت شده و درمان ارزیابی گردد.

فلوجارت غربالگری نوزادان برای بیماری فیل کتونوری (PKU)





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان تهران
معاونت بهداشتی
گروه سلامت خانواده

نشانه‌های خطر در زمان بارداری

مادر گرامی:
با مشاهده هر کدام از علائم خطر زیر به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایید:

- ۱- خونریزی یا لکه بینی
- ۲- کاهش یا نداشتن حرکت جنین
- ۳- آبریزش یا خیس شدن ناگهانی
- ۴- درد و ورم یک طرفه ساق و ران
- ۵- درد شکم و پهلوها و یا درد سردل
- ۶- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن
- ۷- استفراغ شدید و مداوم یا خونی
- ۸- تب و لرز
- ۹- تنگی نفس و تپش قلب
- ۱۰- ورم دستها و صورت یا تمام بدن
- ۱۱- افزایش وزن ناگهانی

راهنمای تغذیه با شیر مادر



نحوه صحیح در آغوش گرفتن شیرخوار

- ۱- بدن و سر کودک در امتداد هم باشند.
- ۲- صورت کودک مقابل پستان قرار گیرد.
- ۳- بدن شیرخوار نزدیک به بدن مادر باشد.
- ۴- مادر گردن و شانه (اگر نوزاد است، تمام بدن) شیرخوار را با دست حمایت کند.

روش صحیح پستان گرفتن توسط شیرخوار

- ۱- نوک پستان را با لب بالایی شیرخوار تماس دهید و صبر کنید تا شیرخوار دهانش را کاملاً باز کند. شیرخوار را به طرف پستان بیاورید به طوری که:



- دهان شیرخوار کاملاً باز باشد.
- نوک و قسمت بیشتری از هاله‌ی پستان در دهان شیرخوار قرار گیرد.
- لب پایین به بیرون برگشته باشد.
- چانه شیرخوار به پستان چسبیده باشد.
- ۲- اجازه دهید شیرخوار خودش پستان را رها کند، سپس پستان دیگر را به او بدهید. در وعده بعد شیردهی را از پستانی شروع کنید که شیرخوار در وعده قبل شیر کمتری خورده یا اصلاً نخورده است.
- ۳- اگر پستان محققن (خیلی پر) است به نحوی که شیرخوار نتواند به درستی پستان را بگیرد، قبل از شیردادن کمی شیر را بدوشید تا هاله‌ی پستان نرم شود و شیرخوار بتواند بهتر پستان را بگیرد.

علامت مکیدن مؤثر

- ۱- مکیدن‌ها آهسته، عمیق و گاه با مکث می‌باشد.
- ۲- شما می‌توانید بلعیدن شیر را مشاهده کنید یا صدای قورت دادن آن را بشنوید.
- ۳- در هنگام شیر خوردن گونه‌های شیرخوار برجسته است و به داخل کشیده نمی‌شود.
- ۴- شیرخوار خودش شیر خوردن را خاتمه می‌دهد و پستان را رها می‌کند و راضی به نظر می‌رسد.

تشخیص کفایت شیر مادر در شیرخوارانی که تا ۶ ماهگی تنها

با شیر مادر تغذیه می‌شوند (تغذیه انحصاری با شیر مادر)

- ۱- از روز چهارم تولد: تعداد ۶ کبهه‌ی مرطوب یا بیشتر در ۲۴ ساعت با ادرار کم رنگ.
- ۲- ۳-۸ بار اجابت مزاج در ۲۴ ساعت (بعد از یک ماهگی ممکن است این دفعات کاهش یابد).
- ۳- هشیار بودن، قدرت عضلانی مناسب، پوست شاداب.
- ۴- افزایش وزن شیرخوار در ۶ ماه اول تولد هر هفته به میزان ۲۰۰-۱۰۰۰ گرم.
- ۵- بعضی شیرخواران در روزهای اول تولد کمی وزن از دست می‌دهند که نباید بیشتر از ۱۰٪ - ۷٪ وزن تولد باشد و باید در دو و حداکثر سه هفته‌گی وزن تولد را به دست آورند.

روش صحیح تغذیه شیرخوار

- ۱- پس از تولد بلافاصله نوزاد را روی سینه مادر در تماس پوست با پوست با او قرار دهید و ظرف یک ساعت پس از تولد شیردهی را شروع کنید. شیر روزهای اول که آغوز نام دارد حاوی مواد بسیار مغذی و ایمنی بخش بوده و به عنوان اولین واکسن نوزاد برای پیشگیری از ابتلا به انواع بیماری‌ها تلقی می‌شود.

- ۲- شیر مادر حاوی تمام مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار می‌باشد. کودک را در شش ماه اول تولد به طور انحصاری (فقط) با شیر مادر تغذیه کنید. بدین معنی که از دادن آب، آب قند، شیر مصنوعی و سایر مایعات و غذاها در ۶ ماه اول به شیرخوار پرهیزید.

- ۳- شیر مادر را تا پایان ۲ سالگی یا بیشتر همراه با غذا ادامه دهید.
- ۴- مهمترین عامل در افزایش شیر مادر، مکیدن مکرر و تخلیه‌ی مرتب پستانها بر حسب میل و تقاضای شیرخوار در شب و روز می‌باشد.
- ۵- از به کار بردن پستانک و شیشه شیر که سبب کاهش میل مکیدن پستان توسط شیرخوار و کاهش شیر مادر، انتقال آلودگی، عفونت، بیماری و تغییر فرم دندان‌ها و قالب فک شیرخوار می‌شود، جداً پرهیز نمایید.

- ۶- در صورت جدایی مادر و شیرخوار به هر علتی و عدم امکان تغذیه مستقیم از پستان، شیر خود را دوشیده و آن را به کمک فنجان یا قاشق به شیرخوار بدهید.

- ۷- در صورت بروز مشکلات پستانی نظیر احتقان، زخم و شقاق نوک پستان که معمولاً به دلیل پستان گرفتن نادرست توسط شیرخوار است ضمن ادامه شیردهی، به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایید.

دفعات و مدت تغذیه با شیر مادر

الگوی طبیعی شیر خوردن برای نوزاد رسیده سالم:

- ۱- نوزاد در ۷-۲ روز اول تولد، هر ۳-۱ ساعت شیر می‌خورد. گاهی ممکن است به دفعات بیشتری طلب شیر نماید.
- ۲- زمانی که جریان شیر مادر برقرار شود، شیرخوار ۱۲-۸ بار در شبانه روز شیر می‌خورد.
- ۳- شیردهی شبانه برای تولید کافی شیر و پیشگیری از بارداری حائز اهمیت است.
- ۴- در خلال جهش رشد یا طغیان اشتها (هفته دوم یا سوم، ششم و دوازدهم پس از تولد) کودک چند روزی گرسنه‌تر از مواقع عادی است و نیاز دارد که به دفعات بیشتری شیر بخورد.
- ۵- اجازه دهید شیرخوار هر زمان که مایل است شیر بخورد.
- ۶- شیر خوردن طولانی (بیشتر از ۴۰ دقیقه در هر نوبت برای اکثر دفعات) و شیر خوردن خیلی کوتاه (کمتر از ۱۰ دقیقه در هر نوبت در اکثر دفعات) ممکن است حاکی از خوب نگرفتن پستان توسط شیرخوار باشد.
- ۷- درد یا زخم نوک پستان مادر مربوط به پستان گرفتن نادرست توسط شیرخوار است و ارتباطی به دفعات و مدت شیر خوردن ندارد.



مادرگرمی:

به دلیل اهمیت **مراقبت** دوران بارداری و پس از زایمان
در صورت **بارداری** و یا **زایمان** اخیر خود به پزشک اطلاع دهید.

واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرستان همدان

چطور دست ها را بشوئیم؟

مدت کل مراحل: ۴۰ تا ۶۰ ثانیه



کف دست ها را
به هم بمالید



صابون کافی برای پوشاندن
سطح دستها بردارید



دستها را با آب خیس کنید



پشت انگشت ها را داخل کف
دستها برید تا در هم قفل شوند



مالیدن کف دستها با
انگشت های درهم



کف دست راست بر پشت دست چپ
با انگشت های درهم و بالعکس



دستها را با آب شستو دهید



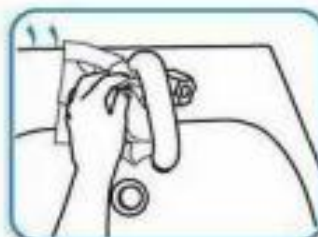
مالش های مدور و رفت و برگشتی
با انگشتان بسته یک دست
روی کف دست دیگر و بالعکس



مالش گردشی شست یک دست
در داخل کف دست دیگر
و بالعکس



اکنون دستهای شما کاملاً
تمیز و مطمئن هستند



از همان دستمال برای تمیز کردن
شیر آب استفاده کنید



با یک دستمال حوله ای
بطور کامل خشک کنید



شهروند گرامی:

به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری های خطرناک روده ای و عفونی، **میوه و سبزیجات** را قبل از مصرف به خوبی **شستشو و گندزدایی** نمائید.

روش کار:



۱- پاک سازی: ابتدا **میوه و سبزیجات** را پاک سازی، سپس با آب سالم شستشو دهید تا **مواد زائد و گل و لای** آن جدا شود.

۲- انگل زدائی: در داخل یک ظرف ۵ لیتر آب ریخته و به ازای هر لیتر آب ۴ **قطره مایع ظرفشویی** اضافه نموده و کاملاً حل نمائید. به مدت **۵ دقیقه** میوه



و سبزی را در محلول به دست آمده نگهداری کنید و سپس میوه و سبزی را با آب تمیز شستشو دهید.

۳- گندزدایی: در ادامه **یک گرم** (نصف قاشق چای خوری) **پرکلرین** را در ۵ لیتر آب حل کنید و به مدت ۵ دقیقه میوه و سبزی شسته شده را در محلول کلر نگه دارید.



۴- شستشوی نهایی: در پایان میوه و سبزی را با **آب سالم** به خوبی شستشو داده مصرف نمائید.



مرکز بهداشت استان همدان

گروه مهندسی بهداشت محیط و حرفه ای