

دستورالعمل تکمیل فرم نمونه‌گیری، برنامه غربالگری نوزادان

این فرم برای کلیه نوزادانی که مورد غربالگری قرار می‌گیرند، در ۳ نسخه، تکمیل می‌شود:

- نسخه اول (سفید): همراه کاغذ فیلتر به آزمایشگاه غربالگری استان جهت انجام آزمایشات غربالگری CH و ... ارسال شود.
- نسخه دوم (صورتی): همراه کاغذ فیلتر به آزمایشگاه غربالگری MSMS جهت انجام آزمایشات غربالگری متابولیک ارسال شود.
- نسخه سوم (زرد): در مرکز غربالگری به مدت سه سال به عنوان مستندات غربالگری نگهداری شود.

توجه: لازم است فرم رسید انجام غربالگری به والدین داده شود.

- ✓ آزمایشگاه غربالگری استان موظف است جواب آزمایشات را در نسخه سفید تکمیل نموده و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نماید.
- ✓ آزمایشگاه غربالگری متابولیک موظف است جواب آزمایشات را طبق فرمت پاسخ دهی تعیین شده در دستورالعمل تکمیل نموده و مرکز بهداشت شهرستان ارسال نماید.

- ✓ در دانشگاه‌هایی که برنامه غربالگری متابولیک انجام نمی‌شود، نیازی به تکمیل فرم صورتی نیست.

❖ محل تکمیل فرم: مرکز نمونه‌گیری (مرکز جامع سلامت/ خانه بهداشت/ پایگاه سلامت/ بیمارستان/ ...)

❖ مسئول تکمیل فرم: نمونه‌گیر

***توجه شود که در این فرم لازم است تمام قسمت‌ها به طور کامل تکمیل شود و در صورت عدم وجود موردی برای ثبت، خط**

تیره گذاشته شود. خالی بودن هر ردیف به منزله عدم توجه نمونه‌گیر و عدم پریشی تلقی می‌شود.

■ شماره کاغذ گاتری / فیلتر: با توجه به شماره چاپ شده در بالای آن یا شماره‌ی تعیین شده توسط معاونت بهداشت دانشگاه نوشته شود. * یادآوری می‌شود که اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه مجدد تهیه شد، برای شناسایی نوزاد از شماره کاغذ فیلتر قبلی استفاده شده و به آن ممیز اضافه می‌شود و سپس کد (مثال: اگر کد گاتری نوزادی در نمونه‌گیری اول آن نوزاد ۱۳۴۵ است و اکنون به علت سابقه بستری در بیمارستان برای نمونه‌گیری مجدد مراجعه نموده، بعد از ثبت کد گاتری قبلی ممیز ۲ می‌گیرد. کد گاتری جدید نوزاد: ۱۳۴۵/۲ می‌باشد)

کدهای نمونه‌گیری مجدد پس از ممیز به شرح زیر است:

- ✓ نمونه‌گیری به علت موارد مرجوعی و نامناسب: صفر (۰/کد گاتری)
- ✓ نمونه‌گیری مجدد به علت مشکوک بیماری (جواب TSH بین ۵ تا ۹،۹ و نتیجه آزمایش متابولیک نوبت اول در محدوده بینابینی است): یک (۱/کد گاتری)
- ✓ نمونه‌گیری مجدد با سایر علل نمونه‌گیری مجدد (نوزاد نارس، بستری در بیمارستان و ...): دو (۲/کد گاتری)
- ✓ نمونه‌گیری بار سوم: سه (۳/کد گاتری)

دستورالعمل تکمیل فرم نمونه‌گیری، برنامه غربالگری نوزادان

- نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ، نام مرکز بهداشت شهرستان و نام محل نمونه‌گیری: نوشته شود.
- محل نمونه‌گیری: یکی از محل‌های مرکز جامع سلامت شهری/روستایی، پایگاه سلامت شهری/روستایی، خانه بهداشت، بیمارستان یا در غیر این صورت به عنوان سایر انتخاب شود. سپس نام و شماره تلفن محل نمونه‌گیری از پاشنه پا در قسمت مربوطه نوشته شود.
- اطلاعات دموگرافیک خواسته شده به صورت کامل و خوانا و بر اساس تعاریف مندرج و اظهار نظر والدین ، ثبت شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
- نکته : سن مادر به سال از طریق کسر سال انجام غربالگری از سال تولد مادر نوشته شود: (مثال: ۳۵ ساله)
- نوبت نمونه‌گیری: بر اساس دفعات مراجعه نوزاد جهت نمونه‌گیری، علامت × زده شود.
- تاریخ نمونه‌گیری : بر اساس نوبت نمونه‌گیری نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
- زمان نمونه‌گیری بر حسب سن نوزاد : سن نوزاد بر حسب روز از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه‌گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود. نکته: سن نوزاد در زمان غربالگری (در نوبت اول) نباید از ۷۲ ساعت کمتر باشد.
- آیا نوزاد نیاز به نمونه‌گیری مجدد دارد؟ در صورتی که نوزاد حداقل یک مورد از موارد علت نمونه‌گیری مجدد را داشته باشد(طبق دستورالعمل بر اساس فرم شماره ۱ نمونه‌گیری)، در قسمت بلی علامت × زده شده و در صورت عدم نیاز خیر علامت × زده شود .
- بیماری نیازمند نمونه‌گیری مجدد: بر اساس آیتم‌های ذکر شده در قسمت پایین فرم (* علت نمونه‌گیری مجدد به تفکیک هر بیماری) نام بیماری نیازمند نمونه‌گیری مجدد علامت × زده شود. در خصوص بیماری‌هایی که نیاز به نمونه‌گیری مجدد ندارند، علامت خط تیره گذاشته شود.
- در ردیف علت نمونه‌گیری مجدد: لازم است تمام علل تک تک از والدین پرسیده شده در صورت وجود علامت × و در صورت عدم وجود، خط تیره گذاشته شود. در صورتی که نوزاد دارای چند مورد بود، همه موارد علامت × می‌خورند.
- نکته : چنانچه در قسمت نوزاد نارس علامت × زده شد: سن جنینی نوزاد متولد شده به هفته ذکر شود(مثال: ۳۳ هفته)
- نوع ازدواج والدین :در این محل علامت × زده شود.
- ✓ غیر خویشاوندی: والدین هیچگونه نسبت فامیلی با هم ندارند.
- خویشاوند: والدین نسبت فامیلی دارند.
- آدرس پستی محل سکونت والدین نوزاد به دقت نوشته شود.
- ✓ نکته: در صورتی که محل سکونت فعلی مادر و نوزاد منزل والدین نیست و مادر برای زایمان به این محل آمده است و بعد از آن به منزل خود می‌رود، باید هر دو آدرس نوشته شوند.

دستورالعمل تکمیل فرم نمونه‌گیری، برنامه غربالگری نوزادان

- شماره تلفن تماس والدین نوزاد: (حداقل ۲ شماره تلفن با ذکر کد محل) گرفته شده و با دقت نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی نمونه‌گیر: به طور خوانا، در قسمت پایین فرم، نوشته شود
- تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه: با ذکر سال، ماه و روز، به طور خوانا نوشته شود
- مهر مرکز نمونه‌گیری و امضای نمونه‌گیر: شامل نام دانشگاه، نام شهرستان و نام مرکز نمونه‌گیری حتماً ثبت شود و در خاتمه نمونه‌گیر فرم شماره ۱ را امضا نماید.
- نتیجه آزمایشات انجام گرفته: با ذکر عدد و واحد اندازه‌گیری (در G6PD با ذکر: Deficient/ sufficient/ Semi deficient) توسط آزمایشگاه غربالگری استان ثبت شود. (مثال: نتیجه Phe: ۲ میکرومول بر دسی لیتر)
- آزمایشگاه غربالگری متابولیک موظف است پاسخ آزمایشات خود را بر اساس فرمت ارسالی تعیین شده به پیوست فرم صورتی ارسال نماید. در صورت ضمیمه بودن فرم پاسخ استاندارد، نیازی به مهر و امضای فرم صورتی نمی‌باشد.
- تاریخ اعلام نتیجه آزمایش: به روز و ماه و سال توسط آزمایشگاه ثبت شده و در انتها مهر آزمایشگاه زده شده و توسط مسئول فنی امضا شود. (با توجه به اینکه این برگه به عنوان پاسخ در اختیار والدین قرار می‌گیرد، شامل تمام استانداردهای تعیین شده در خصوص برگه پاسخ آزمایشات می‌باشد)