



گزارش صبحگاهی

گروه پزشکی خانواده

۱۳ اردیبهشت ۱۴۰۴

شرح حال و معاینه

شیرخوار پسر ۶ ماهه جهت انجام ویزیت کودک سالم در ۶ ماهگی به کلینیک پزشکی خانواده مراجعه میکند.
در بررسی های انجام شده:

- دور سر: ۴۴cm

- قد: ۶۷cm

- وزن: ۶/۹۰۰

PMH: سابقه بستری به علت پنومونی، در طی این بستری با بررسی بیشتر Congenital Heart Disease مطرح میشود. که به گفته مادر به صورت سوراخ قلبی بوده و در آخرین بررسی که انجام شده بر طرف شده است.

شرح حال زایمان: حاصل NVD نوزاد ترم؛ وزن تولد ۲۹۰۰؛ قد تولد ۴۹؛ دور سر ۳۵

آپگار موقع تولد مناسب؛ TSH غربالگری ۳ تا ۵ روزه برابر ۱/۴

شرح حال تکاملی نرمال. واکسیناسیون طبق پروتکل کشوری. استفاده از مکمل AD و شروع آهن و غذای کمکی

شرح حال تکمیلی از مادر

مادر ۳۹ ساله؛ مبتلا به چاقی ($BMI=33$) دارای ۲ فرزند ($G2P2\ Ab0$)
• در بارداری اول GDM داشته است.

فاصله بین دو بارداری ۵ سال و تست غربالگری دیابت انجام نشده

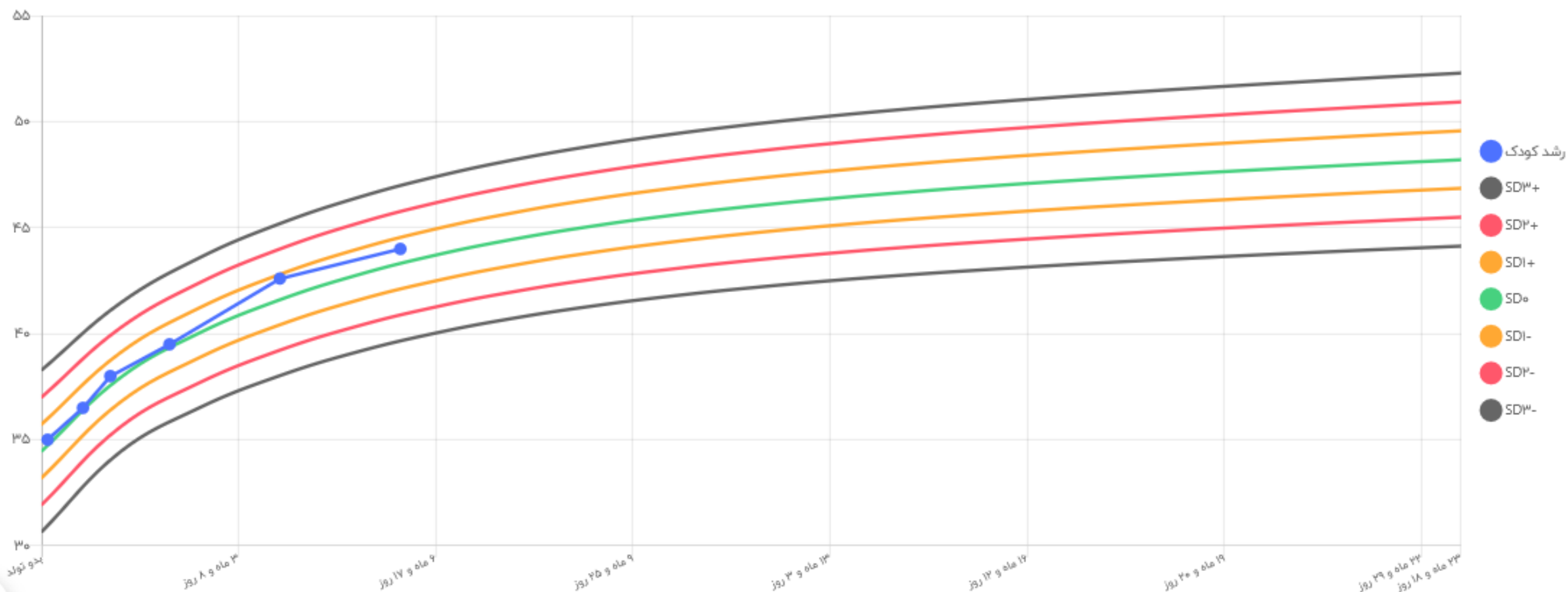
• در بارداری دوم ۸ هفتگی جهت دریافت مراقبت‌ها و مکمل اسید فولیک مراجعه کرده است. در ۷ ماهگی به دنبال غربالگری توسط آزمایش GTT (۲۴ تا ۲۸ هفتگی) متوجه GDM شده‌اند.

✓مادر سابقه تب و بثورات جلدی رو در دوران بارداری ذکر نمیکند.

✓سابقه تزریق واکسن MR

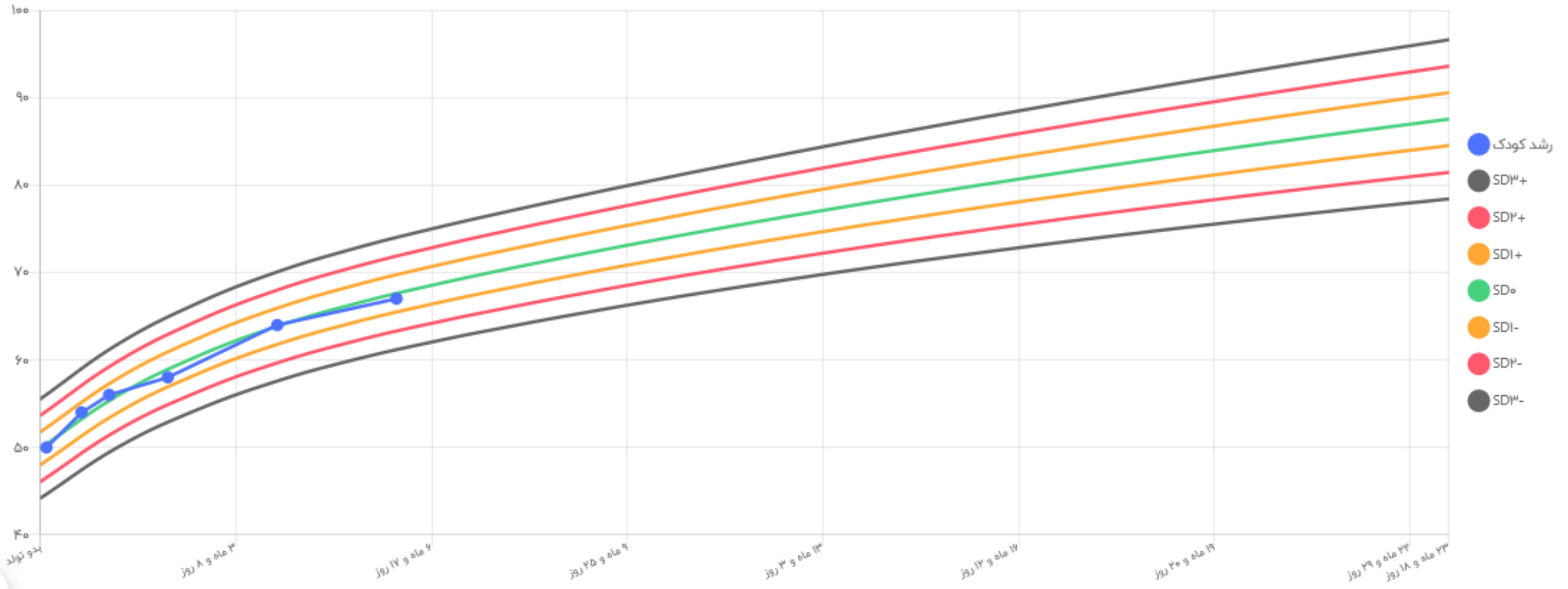
نمودار رشد دور سر

نمودار دور سر



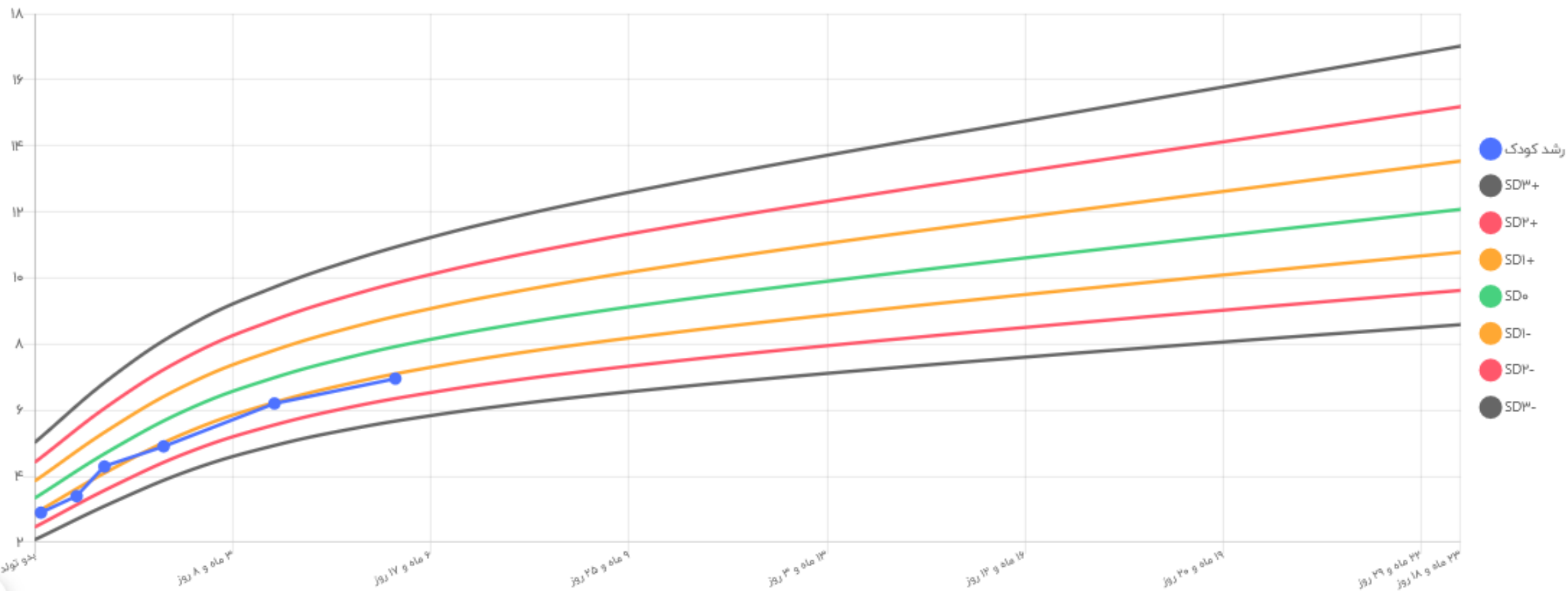
نمودار رشد قد

نمودار قد



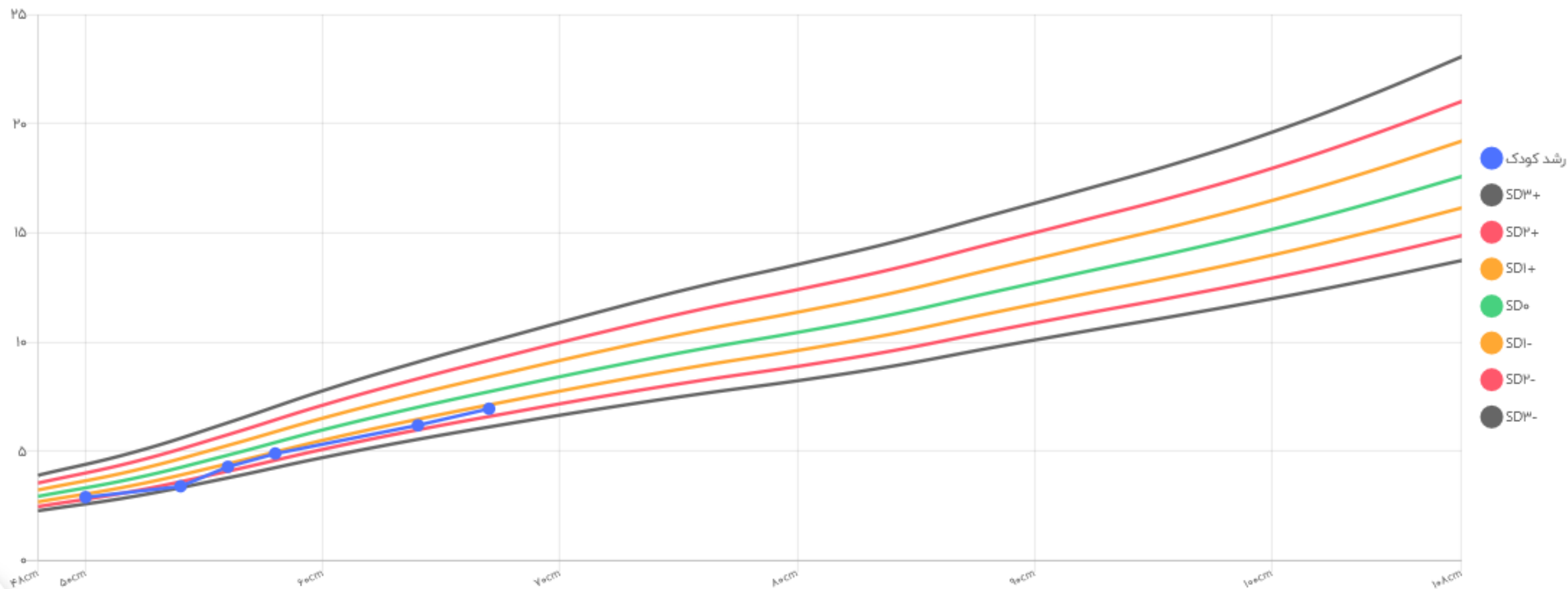
نمودار رشد وزن

نمودار وزن



نمودار رشد وزن به قد

نمودار وزن برای قد



منحنی وزن برای قد	طبقه‌بندی	توصیه‌ها/ اقدام
• پایین تر از $-3z\text{-score}$ یا • ادم دوطرفه گوده گذار یا • $MUAC < 115\text{ mm}$	لاغری شدید (Severely wasted)	❖ پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، ارجاع به بیمارستان و ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود ❖ پس از ترخیص از بیمارستان مشابه لاغری پیگیری و اقدام شود.
• مساوی $-3z\text{-score}$ تا پایین تر از $-2z\text{-score}$ یا $115\text{mm} < MUAC < 125\text{mm}$	لاغر (Wasted)	❖ در صورت وجود بیماری همراه یا ادم، ارجاع به متخصص کودکان ❖ در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌های اولیه یا نبود امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. ❖ در صورت نبود هریک از وضعیت‌های فوق، ضمن اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی تغذیه کودک (صفحات ۳۱-۲۹) انجام شود، مشاوره تغذیه (صفحات ۴۷-۴۳ و صفحات ۵۱ و ۵۲) ارائه شود و آزمایش‌های لازم* درخواست گردد. ❖ در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها، ضمن ارائه توصیه‌های تغذیه‌ای برای تکمیل مشاوره و توصیه‌های تغذیه‌ای به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. ❖ پی‌گیری کودک براساس جدول توالی سنی پی‌گیری وزن برای سن انجام شود. ❖ در صورتی که پس از ۲ پیگیری در صورتی که منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد کودک به متخصص کودکان ارجاع شود.
• بالا تر از $+3z\text{-score}$	چاق (obese)	❖ وضعیت تغذیه کودک ارزیابی شود (صفحات ۳۱-۲۹)، معاینه فیزیکی کامل انجام شود و کودک از نظر وجود بیماری بررسی شود ➤ در صورت وجود بیماری، هر گونه مورد غیر طبیعی در شرح حال یا معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاع دهید. ➤ در موارد معاینه طبیعی، آزمایش‌های اولیه درخواست شود. ** ➤ در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌های درخواستی، کودک را به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید. ➤ در صورت طبیعی بودن آزمایش‌های درخواستی، کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
• بالا تر از $+2z\text{-score}$ تا مساوی $+3z\text{-score}$	اضافه وزن (Overweight)	❖ پیگیری این کودکان ماهی یکبار توسط مراقب سلامت / بهورز به مدت ۶ ماه برای کودک با اضافه وزن و به مدت ۳ ماه برای کودک چاق جهت اندازه‌گیری قد، وزن انجام شود. مشاوره تغذیه و اصلاح الگوی غذایی در این دوره‌های زمانی توسط کارشناس تغذیه انجام شود. پس از اتمام دوره‌های پیگیری در صورتی که منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد کارشناس تغذیه کودک را به پزشک ارجاع دهد و سپس پزشک در مورد ارجاع به متخصص کودکان تصمیم‌گیری کند.
• بالا تر از $+1z\text{-score}$ تا مساوی $+2z\text{-score}$	احتمال اضافه وزن**	❖ بررسی وضعیت تغذیه‌ای کودک (صفحات ۳۱-۲۹)، معاینه فیزیکی و توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحات ۴۷-۴۳ و صفحه ۵۳) ❖ پس از ۳ ماه در صورتی که منحنی وزن برای قد در همین طبقه بندی قرار گیرد به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
• مساوی $-2z\text{-score}$ تا مساوی $+1z\text{-score}$	طبیعی	❖ ارزیابی کودک طبق بولت انجام شود

سلامتی حق هر کودک

- مراقبت پیش از بارداری
- مراقبت حین بارداری
- مراقبت بعد از زایمان
- مراقبت دوران کودکی
- غربالگری در زمان جنینی
- غربالگری بدو تولد
- غربالگری دوران کودکی
- مکمل و تغذیه کمکی
-

بارداری بی خطر حافظ سلامت کودک

- حفظ سلامتی مادر در حین بارداری، پیش از بارداری و در دوران شیردهی منجر به حفظ سلامتی کودک میشود.
- بیماری زمینه‌ای مادر در قبل از بارداری و در حین بارداری بر سلامتی کودک تاثیر میگذارد.

✓ مادر باید یوگلاسمیک باشد.

✓ مادر باید یوتایروئید باشد.

مراقبت های دوره ای کودک سالم

سن / اقدامات لازم		۲-۵ روزگی	۱۲-۱۵ روزگی	۲۰-۲۵ روزگی	۲ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی	۷ ماهگی	۹ ماهگی	۱۲ ماهگی	۱۵ ماهگی	۱۸ ماهگی	۲۲ ماهگی	۳۰ ماهگی	۳۶ ماهگی	۴۸ ماهگی	۶۰ ماهگی
فاصله زمانی انجام مراقبت بر حسب روز و ماه		روز ۱۰ تا روز ۱۱	روز ۱۱ تا روز ۱۲	روز ۲۲ تا روز ۲۳	۵ تا ۶ ماه	۷ تا ۸ ماه	۹ تا ۱۰ ماه	۱۱ تا ۱۲ ماه	۱۳ تا ۱۴ ماه	۱۵ تا ۱۶ ماه	۱۷ تا ۱۸ ماه	۱۹ تا ۲۰ ماه	۲۱ تا ۲۲ ماه	۲۳ تا ۲۴ ماه	۲۵ تا ۲۶ ماه	۲۷ تا ۲۸ ماه	۲۹ تا ۳۰ ماه
معاینه (پزشک)		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
معاینه (دندانپزشک)																	
ارزیابی علائم و نشانه های خطر (غیر پزشک)		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ایمن سازی		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
پایش رشد		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی تغذیه		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ارزیابی دهان و دندان																	
ارزیابی بدرقاری با کودک		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجویز ویتامین A+D		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
تجویز سایر مکمل ها		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
تجویز آهن																	
ارزیابی فرزندآوری مادر																	
غریبالگری	شیر مادر	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	بیماری های متابولیک ارثی	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	زنتیک	●	○														
	بینایی		●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	شنوایی	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	تکامل (RED FLAGS)		●														
	تکامل (تست استاندارد)			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	فشار خون																
	آنتی						○				○						
	سلامت و شیردهی مادر	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
راهنمایی هایی برای والدین	ارتقا تکامل کودک	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	تغذیه کودک	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	پیشگیری از آسیب کودک	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	سلامت دهان و دندان	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	مشکلات تک فرزندی	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	مراقبت نوزادی												●	●	●	●	●
	فعالیت بدنی	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	عوامل محیطی موثر بر سلامت	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	سلامت معنوی		●	●													

کلید: ● اجرا گردد. ○ در مورد کودکان در معرض خطر طبق راهنمای کودک سالم / عدم انجام فعالیت توصیه شده در مراقبت قبلی اجرا گردد.

سن	همگانی	انتخابی
بدو تولد	• بینایی، شنوایی ، کافی بودن شیر مادر	• -
۳-۵ روزگی	• بیماری های متابولیک، کافی بودن شیر مادر ، شنوایی، ژنتیک • ویزیت پزشک	• -
۱۴-۱۵ روزگی	• بینایی، شنوایی	• -
۳۰-۴۵ روزگی	• شنوایی	• بینایی (برای تمامی کودکان نارس انجام شود)
۲ ماهگی	• بینایی، شنوایی ، تکامل RED FLAGS	• -
۴ ماهگی	• شنوایی	• آنمی*
۶ و ۷ ماهگی	• بینایی (۷ ماهگی)، شنوایی، تکامل (تست استاندارد)، سلامت دهان و دندان (با رویش اولین دندان) • ویزیت دندانپزشک یکبار از رویش اولین دندان تا یکسالگی • ویزیت پزشک	• -
۹ ماهگی	• شنوایی، تکامل RED FLAGS	• -
۱۲ ماهگی	• تکامل (تست استاندارد) ، سلامت دهان و دندان • ویزیت پزشک	• آنمی*
۱۸ ماهگی	• تکامل RED FLAGS	• -
۲۴ ماهگی	• تکامل (تست استاندارد) ، سلامت دهان و دندان • ویزیت پزشک	• -
۳-۵ سالگی	• شنوایی، بینایی، سلامت دهان و دندان ، تکامل RED FLAGS ۴ سالگی، تکامل (تست استاندارد) ۳ سالگی و ۵ سالگی • فشار خون** • ویزیت پزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی) • ویزیت دندانپزشک (۳ سالگی و ۵ سالگی)	• -

شرح حال تکمیلی از مادر

مادر ۳۹ ساله؛ مبتلا به چاقی ($BMI=33$) دارای ۲ فرزند ($G2P2\ Ab0$)
• در بارداری اول GDM داشته است.

فاصله بین دو بارداری ۵ سال و تست غربالگری دیابت انجام نشده

• در بارداری دوم ۸ هفتگی جهت دریافت مراقبت‌ها و مکمل اسید فولیک مراجعه کرده است. در ۷ ماهگی به دنبال غربالگری توسط آزمایش GTT (۲۴ تا ۲۸ هفتگی) متوجه GDM شده‌اند.

✓مادر سابقه تب و بثورات جلدی رو در دوران بارداری ذکر نمیکند.

✓سابقه تزریق واکسن MR

Risk Factors of Congenital Heart Anomalies

- **Untreated DM**
- Maternal PKU
- Maternal Hypothyroidism
- Maternal anti Ro/anti La
- Cardiac teratogen usage
- 1st trimester rubella

Maternal Age

- Maternal age >35 is associated with:
 - ✓ Preeclampsia
 - ✓ Anemia
 - ✓ Macrosomia
 - ✓ Thromboembolic disease in Pregnancy
 - ✓ **GDM, overt DM**
 - ✓ **Embryonic Anomalies**

Maternal Obesity

- Associated adverse perinatal outcomes
 - ✓ HTN
 - ✓ Preterm Delivery
 - ✓ IUFD
 - ✓ **GDM, overt DM**
 - ✓ **NTD**
 - ✓ **Embryonic Anomalies**

مکمل ها

اسید فولیک: روزانه ۴۰۰ میکروگرم از یک ماه قبل بارداری تا پایان بارداری

❖ در آنمی داسی شکل روزانه ۵ میلیگرم از سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری

❖ در صورت NTD در نوزادان قبلی روزانه ۴ میلیگرم از سه ماه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری و ادامه با ۴۰۰ میکرو روزانه

❖ سابقه فامیلی NTD، دیابت و صرع مادر روزانه ۱ میلیگرم از یک ماه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری و ادامه با ۴۰۰ میکرو روزانه

❖ در مصرف کاربامازپین و والپروئیک اسید روزانه ۴ میلیگرم از یک ماه قبل از بارداری تا سه ماهه اول بارداری و ادامه با ۴۰۰ میکرو روزانه

آهن: روزانه ۳۰ تا ۶۰ میلیگرم آهن المنتال از شروع هفته ۱۶ تا سه ماه بعد از زایمان

مولتی ویتامین: ۱ عدد قرص از شروع هفته ۱۶ تا سه ماه بعد از زایمان

ویتامین دی: روزانه ۱۰۰۰ واحد از ابتدا تا پایان بارداری

ید: روزانه ۱۵۰ میکروگرم از ابتدا تا پایان بارداری

❖ در کسانی که مبتلا به هایپرتیروئیدی هستند توصیه نمیشود.

Complications and Comorbidity of DM in Pregnancy

- In general, specific risks of diabetes in pregnancy include **spontaneous abortion**, *fetal anomalies*, **preeclampsia**, *fetal demise*, **macrosomia**, *neonatal hypoglycemia*, **neonatal hyperbilirubinemia**, *neonatal RDS*, **small-for-gestational-age**, and *neonatal intensive care unit admissions*.
- Observational studies show an increased risk of diabetic embryopathy, especially **anencephaly**, *microcephaly*, **congenital heart disease**, *kidney anomalies*, and **caudal regression**, directly proportional to elevations in A1C during the first 10 weeks of pregnancy.
- Exposure to hyperglycemia in utero increases the risks of obesity, hypertension, and type 2 diabetes in offspring later in life.

✓ One percent of pregnancies with DM and 7% with GDM.

Recommendation in Overt DM

- At least 400mcg daily of folic acid should also be prescribed due to the increased risk of neural tube defects in the infants of women with diabetes. (start 1 mg at 1 month before conception until first trimester then continue at 400 micro daily).
- Pregnant individuals with type 1 or type 2 diabetes should be prescribed low-dose aspirin 100–150 mg/day starting at 12–16 weeks of gestation to lower the risk of preeclampsia.
- Antenatal surveillance is recommended starting at 32 weeks gestation.

- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و غدد

- تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری

- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...

- توجه به علائم هیپوگلیسمی (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)

- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی

در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:

- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۴ هفته و HbA1c هر ۳ ماه و در صورت عدم کنترل قند خون، ارجاع به

متخصص غدد

در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:

- آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۲ هفته و HbA1c هر ۳ ماه و در صورت عدم کنترل قند خون ارجاع به متخصص غدد

- ارجاع مادر به متخصص زنان جهت درخواست اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته ۱۸ بارداری

- ارجاع به متخصص زنان در هفته ۳۲ بارداری جهت انجام تست های ارزیابی سلامت جنین، سونوگرافی ارزیابی رشد جنین و تعیین

زمان مراقبت بعدی و زمان ختم بارداری

غربالگری دیابت بارداری (روش یک مرحله ای)

گروه هدف غربالگری	زمان غربالگری	شیوه آزمون غربالگری	مقادیر غیرطبیعی (میلی گرم در دسی لیتر)			تفسیر آزمون غربالگری
			ناشتا	۱ ساعت	۲ ساعت	
همه خانم های باردار	هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	OGTT با ۷۵ گرم گلوکز	>۹۲	>۱۸۰	>۱۵۳	چنانچه یک نمونه از گلوکز پلاسمای وریدی خانم باردار بیشتر از مقادیر ذکر شده باشد، با تشخیص GDM به پزشک متخصص ارجاع شود.
توضیحات: • برای خانم های باردار کم خطر (low risk): که در اولین ملاقات وضعیت آنها از نظر ابتلا به بیماری دیابت طی سه ماه قبل از بارداری نامشخص است، آزمایش قند خون ناشتا درخواست شود. • برای خانم های باردار پرخطر (High risk): آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز در اولین ویزیت درخواست می شود. • مشخصات خانم های باردار پرخطر: خانم های باردار بالای ۲۵ سال، نمایه توده بدنی پیش از بارداری مساوی یا بالاتر از ۳۰، سابقه مرده زایی یا ۲ بار سقط خودبه خود یا تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه اختلال تحمل گلوکز، سابقه دیابت در بستگان درجه یک • غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش های قند ناشتا در خانم های باردار کم خطر (low risk) یا OGTT در خانم های باردار پرخطر (High risk) در ماه های اول بارداری یا اولین مراجعه، به عنوان دیابت آشکار (OVERT) تلقی می شود. تشخیص GDM برای خانم های باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری صورت می گیرد.						

Follow Up Screening in GDM

- 50% GDM develop DM within 5 years.
- Because GDM significantly increases the risk that a woman will develop diabetes later in life, it is recommended that screening with a 75 g, 2-h OGTT be performed at 4–12 weeks postpartum.
- People who were diagnosed with GDM should have testing at least every 1–3 years.
- Risk-based screening for type 2 diabetes or prediabetes in asymptomatic children and adolescents in a clinical setting Screening should be considered in youth (After the onset of puberty or after 10 years of age, whichever occurs earlier) who have Maternal history of diabetes or GDM during the child's gestation.

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
تشکیل پرونده و ارزیابی	تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد - ارزیابی تغذیه - مصرف مکمل های غذایی - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری	تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد - ارزیابی تغذیه - مصرف مکمل های غذایی - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد - رفتارهای پر خطر - مصرف مکمل های غذایی	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد (مراقبت ۴)	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی

زمان مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
معاینه بالینی	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمام)	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام) - صدای قلب جنین - ارتفاع رحم
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	CBC, TSH, HBsAg, FBS, پاپ اسمیر (در صورت نیاز)، تیتراژ آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز) HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, HIV, HBsAg, VDRL کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی) پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر، TSH در صورت نیاز، سونوگرافی بارداری	- سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	CBC, U/A, U/C, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری، آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری (در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)	-----

زمان مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/ شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/ شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/ شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- سلامت روان، جنسی - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم نیازمند ویژه بارداری - شکایت های شایع - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - اصول شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، علائم نیازمند مراقبت نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی	- سلامت روان - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - اصول شیردهی - مراقبت از نوزاد، علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی	اسید فولیک همراه با ید	اسید فولیک همراه با ید (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)				
ایمن سازی (در صورت نیاز)	سرخجه، هپاتیت، توأم	توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوانزا - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) هپاتیت (در صورت نیاز)				

آزمایش های پیش از بارداری: شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و TSH، HbsAg را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV انجام دهید.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، آزمایش VDRL را درخواست کنید.

نکته ۳: تیتر آنتی بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد، درخواست کنید.

نکته ۴: آزمایش پاپ اسمیر با توجه به دستورعمل کشوری و در صورت نیاز انجام شود.

آزمایشهای معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و ارهاس، شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار

BUN، Creatinin، HBsAg، HIV و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست و فقط FBS انجام شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، علاوه بر نوبت اول آزمایش HIV، نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۴-۳۱ بارداری انجام می شود.

نکته ۳: نوبت اول کومبس غیر مستقیم را در مادر ارهاس منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهاس همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود. اعتبار آزمایش های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

نکته ۵: در صورتی که خانم آزمایش های پیش از بارداری را انجام داده و اعتبار آن پایان نیافته (کمتر از یک سال) است، نتایج آن می تواند جایگزین آزمایش های مشابه در نوبت اول بارداری شود.

○ شرح حال

- سوابق پزشکی
- سابقه مامایی قبلی
- سابقه خانوادگی
- سابقه اجتماعی
- سابقه دارویی
- سابقه محیطی

○ معاینه فیزیکی

- علایم حیاتی
- دهان و دندان

○ وضعیت تغذیه‌ای

- توصیه تغذیه‌ای استاندارد
- مکمل دارویی

○ شغل

○ عفونت‌های قابل پیشگیری با واکسن

- واکسیناسیون

○ عفونت‌های منتقله از راه جنسی

- رفتار پر خطر

○ برنامه باروری زندگی

○ مسائل پیش از بارداری در مردان

○ آزمایش پیش از بارداری

- غربالگری اولیه

○ آموزش و توصیه

- مصرف دخانیات و الکل

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری تا یک سال است.

مراجعه با شکایت

مراقبت های انجام شده

مراقبت های انجام نشده



جستجو در لیست



مراقبت های غیرفعال



باروری سالم



موارد شکایت/ اورژانس اداره سلامت روان



ویژه مادران



نظام سندرمیک بیماریهای واگیر



مراقبتهای فرد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر



بررسی بیماریهای واگیر



ثبت اطلاعات بیماریهای واگیر



مراقبتها و پیگیریهای فرد مبتلا به بیماریهای واگیر



ژنتیک



پیش از بارداری

سامانه سیب

مراقبت های غیرفعال	▼
باروری سالم	▼
موارد شکایت/ اورژانس اداره سلامت روان	▼
ویژه مادران	▼
نظام سندرمیک بیماریهای واگیر	▼
مراقبتهای فرد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر	▼
بررسی بیماریهای واگیر	▼
ثبت اطلاعات بیماریهای واگیر	▼
مراقبتها و پیگیریهای فرد مبتلا به بیماریهای واگیر	▼
ژنتیک	▼
پیش از بارداری	▲
* تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری	۱۴۰۳۹ ۷ تیر ۱۴۰۴
* مراقبت پیش از بارداری (پزشک)	
بهداشت حرفه ای	▼

سامانه سيب

مراقبت پيش از بارداری (پزشک)

تعداد بارداري هاي قبلي
۴

بار

سوابق بارداري و زايمان قبلي

تعداد زايمان

بار

سابقه مرده زايي / سابقه مرگ نوزاد

☒ بله ☐ خير

سابقه تأخير رشد داخل رحمی

☒ بله ☐ خير

سابقه حاملگی نابجا

☒ بله ☐ خير

سابقه مول کمتر از يك سال

☒ بله ☐ خير

سابقه سقط

☐ بله ☒ خير

تعداد سقط ها
۲

بار



سامانه سیب

تعداد سقط ها

۲

بار

نوع سقط را مشخص کنید:

- ☐ سقط خود به خود (توضیحات: از دست رفتن بارداری در سن کمتر از ۲۲ هفته در غیاب معیارهای طبی (پزشکی) یا اقدامات جراحی با قصد خاتمه دادن به بارداری که می تواند به صورت سقط کامل، سقط ناقص و ... باشد)
- ☐ سقط قانونی- بدلیل بیماری ژنتیکی جنین
- ☐ سقط جنین عمدی
- ☐ سقط قانونی- به دلیل بیماری مادر
- ☐ سقط قانونی- بدلیل بیماری یا ناهنجاری صعب العلاج جنین
- ☐ سقط مکرر (۲ یا بیش از ۲ سقط متوالی) و/یا ۱ سقط بالای ۱۰ هفته

اندازه گیری کنید:

قد

۱۶۷

سانتیمتر

وزن

۱۱۰٫۳

کیلوگرم

نمایه توده بدنی (BMI)

۳۹٫۵۵

kg/m^۲

فشار خون سیستولیک درحالت نشسته

۱۰۵

میلیمتر جیوه

فشار خون دیاستولیک درحالت نشسته

۷۰

میلیمتر جیوه

فشار خون سیستولیک (بار دوم)



سامانه سیب

قند خون ناشتا	۸۱	mg/dL
Hemoglobin (Hb)	۱۱	gr/dl
MCV	۸۲.۳	فمتولیتتر
TSH	۲.۲۴	μU/ml
پلاکت	۳۵۳	هزار
MCH	۲۶.۷	پیکوگرم

کدامیک از آزمایش های زیر انجام شده است؟

VDRL ☐

HIV(ELISA) ☐

HBsAg (در صورت عدم ایمن سازی) ☐

پاپ اسمیر ☐

HIV(Rapidtest) ☐

هیچکدام ☐

☐ پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخچه



Levels of Prevention

Primordial: Reduction of overall risk; education, politics, emergence Preparation

Primary: Risk management; immunization, supplement

Secondary: Early detection; general screening, risk based screening

Tertiary: Prevention of more harm; treatment, rehabilitation

Quaternary: Primum non nocere: fist do not harm

منابع

۱. مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران "ایراپن" چاپ ۱۳۹۶ صفحه ۳۴
۲. راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم) چاپ ۱۳۹۶ صفحه ۲۵
۳. مراقبت ادغام یافته کودک سالم ویژه پزشک چاپ ۱۳۹۹ صفحه ۴
۴. برنامه کشوری مادر ایمن: مراقبت ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) چاپ ۱۴۰۲

References

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S306–S320. <https://doi.org/10.2337/dc25-S015>
3. Textbook of Family Medicine, von Robert E. Rakel, David P. Rakel (ISBN 978-0-323-23990-5)
4. Family Medicine: Principles and Practice, Paul M. Paulman, Robert B. Taylor (ISBN 978-3-030-54440-9)