دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

Ardabil University of Medical Science **دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**

Medical Center **مرکز پزشکی آموزشی درمانی**

شماره پرونده: **Unit No:**

برگ مراقبت از نوزاد

Newborn Care SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	B. Sex: جنس نوزاد:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family Name: نام خانوادگی مادر:
Delivery Method: نوع زایمان:	B.Age: سن نوزاد: B.W: وزن نوزاد:	Date/Time of Birth: تاریخ و ساعت تولد:	Mother's Blood group & Rh: گروه خونی مادر:

بیماری زمینه ای مادر: ..... حوادث احتمالی حین زایمان: ..... آنومالیهای احتمالی: .....

تاریخ/ ساعت: Date/ Time:	رنگ: Color:	تنفس: Resp:	ضربان قلب: Heart Rate:	رفلکس: Reflex:	حرارت: Temp:	توان عضلانی: Muscle Tone:	وضعیت تغذیه: Feeding:	دفع: Defecation:		مشاهدات و ملاحظات: Observation & Remarks:	نام و امضای پرستار: Nurse's Name & Signature:
								ادرار Urination	مدفوع Defecation		