

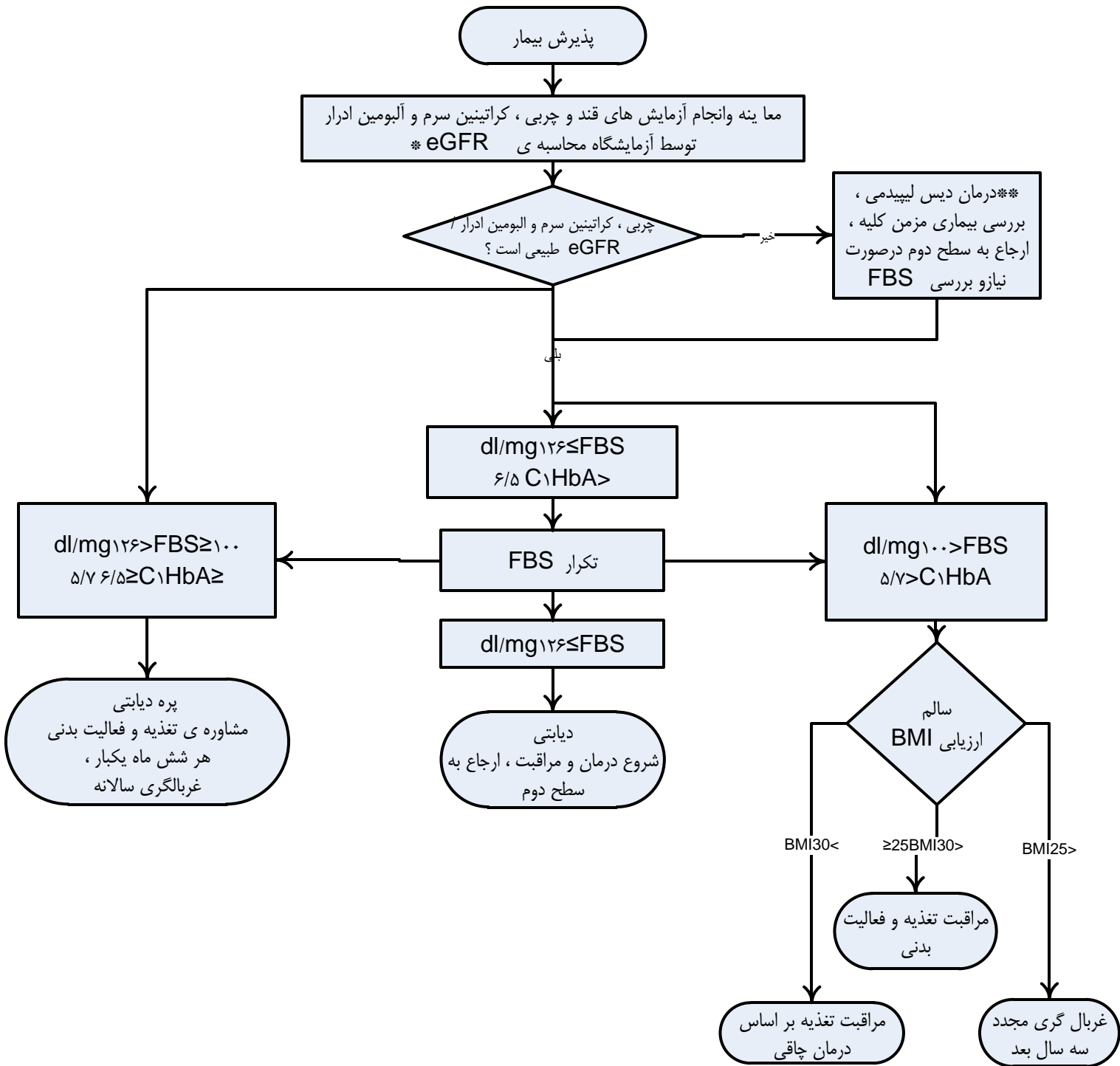


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

# فرآیندهای ستادی و محیطی معاونت بهداشت

دفتر معاونت اجرایی - سال ۱۳۹۳

# فرآیند ارزیابی خدمات سطح اول برنامه‌ی جامع پیشگیری و کنترل دیابت (ب) بیماریابی



\* توجه فیلتراسیون گلو مرولی eGFR بر اساس فرمول CKD-EPI به شرح زیر محاسبه میگردد:

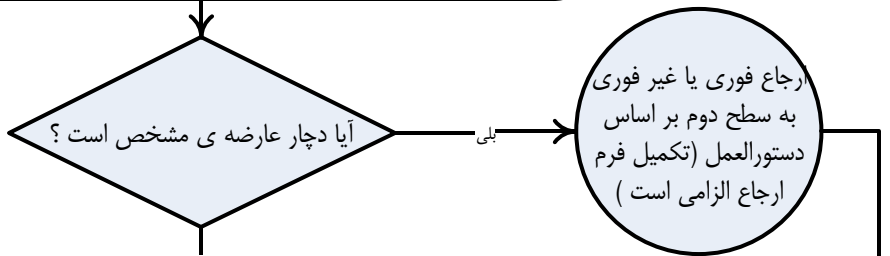
نحوه ی محاسبه ی تراوش گلو مرولی در افراد سفید پوست بر اساس معادله ی CKD-EPI		
محاسبه	کراتینین	جنس
age	Cr < 0.9 mg/dl	مرد
$141 \times SCr / 0.7 - 0.411 \times 0.993$		
age	Cr > 0.9 mg/dl	زن
$141 \times SCr / 0.7 - 1.209 \times 0.993$		
age	Cr < 0.7 mg/dl	زن
$141 \times SCr / 0.7 - 0.329 \times 0.993$		
age	Cr > 0.7 mg/dl	
$141 \times SCr / 0.7 - 1.209 \times 0.993$		

این فرمول در نرم افزار دیابت درج شده و در صورت دسترسی به [www.nephron.com/MDRD\\_GFR.cgi](http://www.nephron.com/MDRD_GFR.cgi)، با ورود اطلاعات جنس، سن و کراتینین سرم به صورت آنلاین نیز قابل محاسبه است.

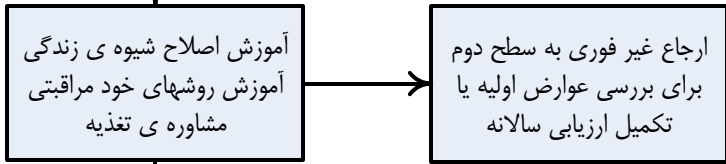
# نمودار جریان فرآیند ارائه ی خدمات سطح اول برنامه ی جامع پیشگیری و کنترل دیابت (ج) درمان و مراقبت بیمار دیابتی



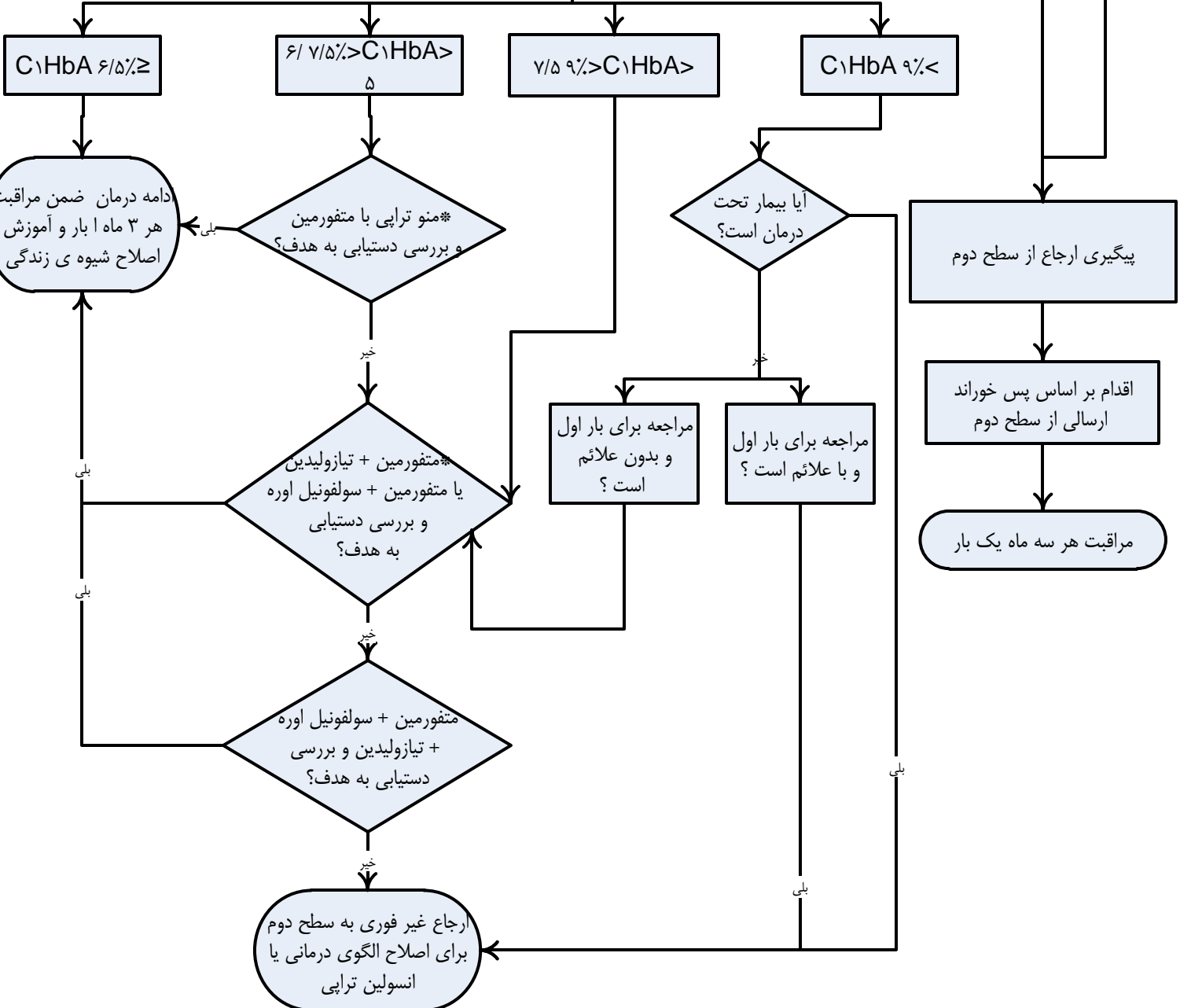
ثبت اطلاعات بیمار شامل نتایج آزمایشات (در نرم افزار) تحت عنوان بیمار دیابتی



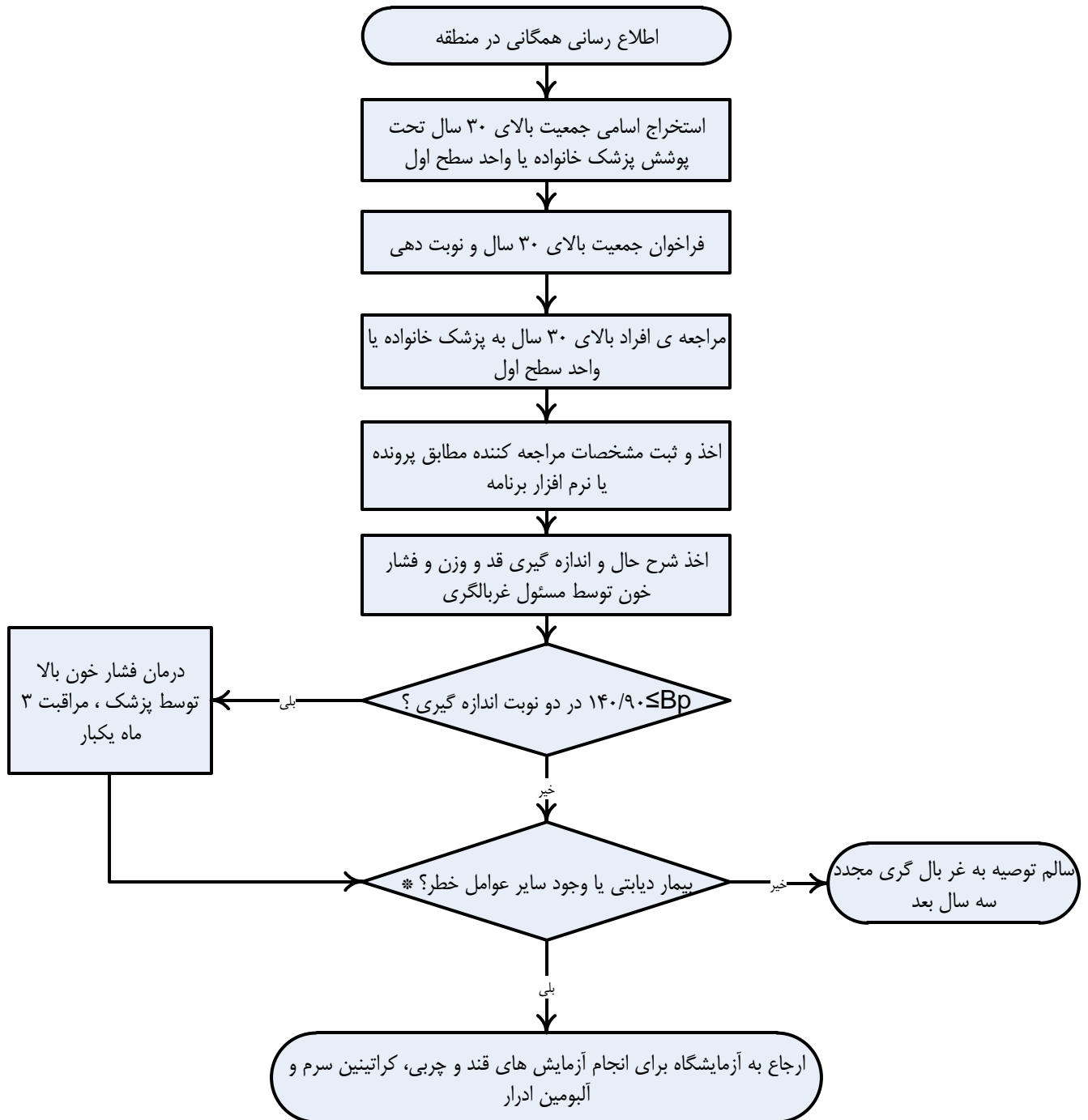
\*توجه: هدف درمان پس از طی ۳ ماه در هر مرحله دستیابی به  $HbA1C \leq 6\%$  است و در اینصورت ادامه درمان و آموزش اصلاح شیوه ی زندگی مد نظر است در غیر اینصورت وارد مرحله ی بعد و تغییر شیوه ی درمان می شویم در ضمن انتخاب داروها و مقدار درمانی آنها با توجه به شرایط فردی بیمار، نتایج قند خون در ارزیابی های دوره ای، در نظر گرفتن منع مصرف دارویی و بر اساس راهنماهای بالینی انجام می شود. برخی توضیحات کلی در پیوست ۱ دستورالعمل اجرایی درج شده است، ولی جایگزین راهنماهای بالینی نمی باشد.



اندازه گیری  $C1HbA$



نمودار جریان فرآیند ارزیابی خدمات سطح اول برنامه‌ی جامع پیشگیری و کنترل دیابت  
الف) شناسایی افراد واجد شرایط غربالگری



\* افراد واجد شرایط دارای عوامل خطر

- ۱- همه‌ی افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند:
  - الف) فشار خون mmHg (ب) سابقه‌ی خانوادگی دیابت در افراد خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر)
  - ج) اضافه وزن یا چاقی با  $BMI \geq 25$  بالاتر از  $140/90$
  - د) دیس لیپیدمی:  $TG \geq 200 - CHOL \geq 200 - LDL \geq 150 - HDL \leq 50$
- ۲- همه‌ی خانم‌های در سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند:
  - الف) سابقه‌ی تولد نوزاد بالای ۴ کیلوگرم
  - ب) سابقه‌ی دو بار سقط بدون علت
  - ج) سابقه‌ی دیابت بارداری
- ۳- همه‌ی خانم‌های باردار.
- ۴- همه‌ی افراد بالای ۴۰ سال.



# غربالگری تصادفی دیابت در مراقبت‌های معمولی توسط بهروز ، کاردان یا کارشناس در برنامه پیشگیری و کنترل دیابت



\* افراد واجد شرایط دارای عوامل خطر

۱- همه ی افراد بالای ۳۰ سال که دارای یکی از شرایط زیر باشند :

الف) فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg . (ب) سابقه ی خانوادگی دیابت در افراد خانواده درجه یک (پدر ، مادر ، خواهر و برادر )

ج) اضافه وزن یا چاقی با BMI ≥ 25

د) دیس لیپیدمی : TG ≥ 200-CHOL ≥ 200-LDL ≥ 150-HDL ≤ 50

۲- همه ی خانم های در سن باروری که دارای یکی از شرایط زیر باشند :

الف) سابقه ی تولد نوزاد بالای ۴ کیلو گرم (ب) سابقه ی دو بار سقط بدون علت

ج) سابقه ی دیابت بارداری ۳- همه ی خانم های باردار . ۴- همه ی افراد بالای ۴۰ سال .

موارد ارجاع فوری\*\*\*

- کاهش سطح هوشیاری در بیمار دیابتی • بیمار دچار عارضه ی قلبی عروقی • بروز عارضه ی کلیوی در بیمار دیابتی •
- بروز عارضه ی چشمی در بیمار دیابتی • وجود عارضه ی نوروپاتی در بیمار دیابتی • زخم پای دیابتی •

## **\*\*موارد ارجاع به سطح دوم (تخصصی) در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری**

### **دیابت نوع ۲**

#### **الف:ارجاع غیرفوری\***

- کلیه ی بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده.
- ارزیابی عوارض مزمن بیماران دیابتی ( یک بار در سال )\*\*
- کنترل نامناسب قند خون در بیمار دیابتی.
- دیابت بارداری یا بیمار دیابتی باردار.
- بیمار مبتلا به هایپر تانسیون یا دیس لیپیدمی مقاوم به درمان.
- بیمارانی که قبلاً ارجاع شده اند و با نظر پزشک متخصص سطح دوم یا سوم برای مراجعه ی مجدد نوبت دهی شده اند.

#### **ب:ارجاع فوری\*\*\***

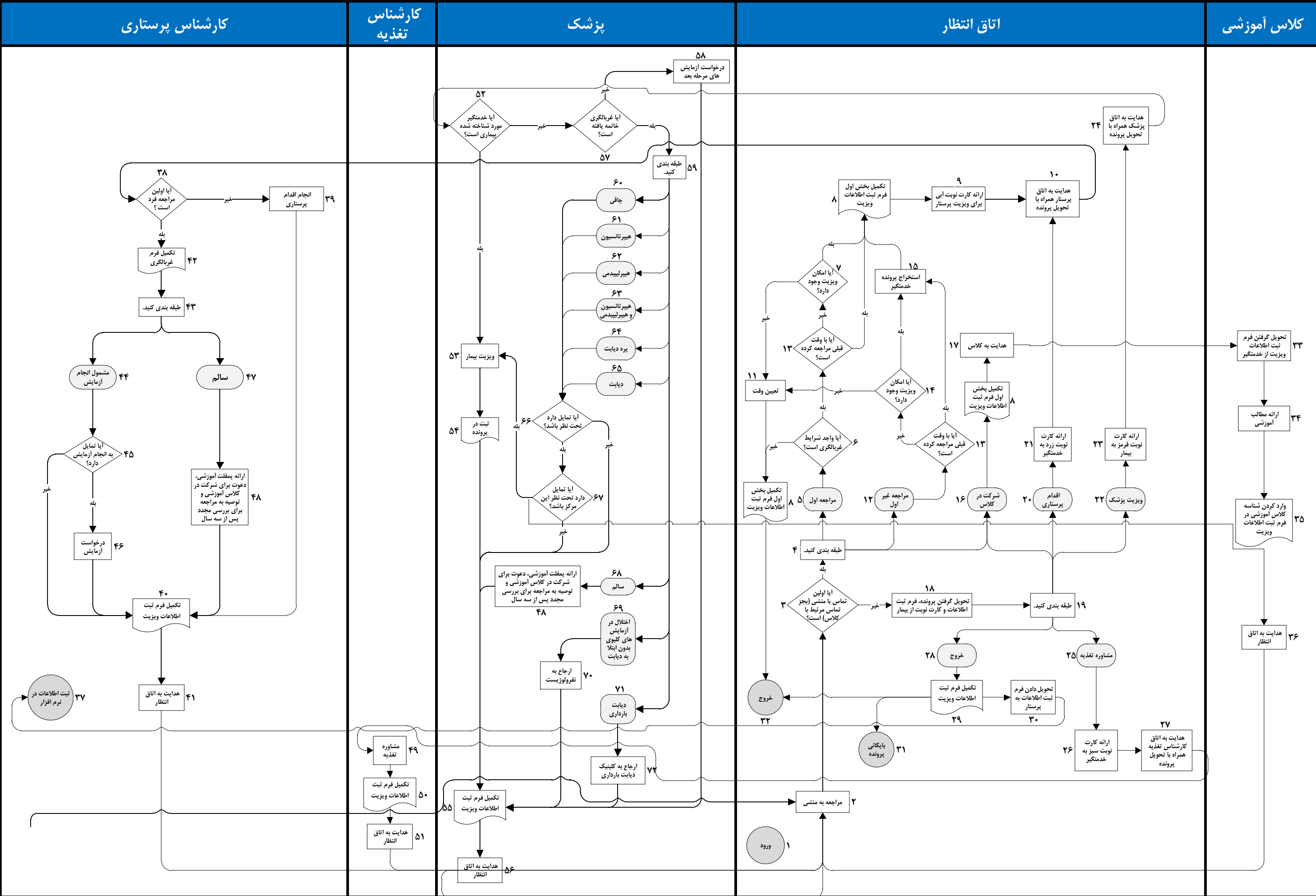
- کاهش سطح هوشیاری در بیمار دیابتی.
- بیمار دچار عارضه ی قلبی عروقی.
- بروز عارضه ی کلیوی در بیمار دیابتی.
- بروز عارضه ی چشمی در بیمار دیابتی.
- وجود عارضه ی نوروپاتی در بیمار دیابتی.
- زخم پای دیابتی.

#### **توجه:**

**\* برگه های ارجاع صادر شده برای ارجاع غیر فوری حد اکثر ۳ ماه اعتبار دارند.**

**\*\* در صورت کنترل مناسب قند خون ، عدم بروز عوارض مزمن یا تحت کنترل بودن آنها ، حداقل دفعات معاینه ی تخصصی برای غربال گری عوارض مزمن شایع ، سالی یکبار می باشد.در سایر موارد با نظر پزشک متخصص تعیین می شود.**

**\*\*\* برگه های ارجاع صادر شده برای ارجاع فوری حد اکثر یک هفته اعتبار دارند.**

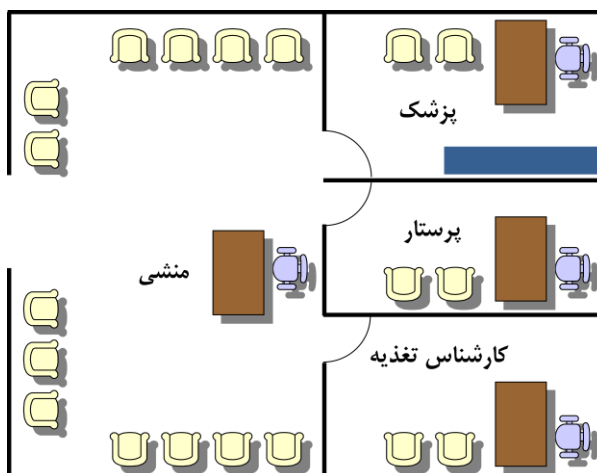


## توضیحات گردش کار واحدهای غیرواگیر

### اصول کلی

نقشه تیپ مناسب برای واحدهای غیر واگیر در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است.

شکل شماره ۱- نقشه تیپ واحدهای غیرواگیر



همانگونه که در نقشه مشاهده می شود، پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه، و منشی پرسنل واحد غیر واگیر را تشکیل می دهند. معماری نزدیک به نقشه تیپ نمایش داده شده در شکل شماره ۱ سبب تسهیل حرکت بیمار بین خدمتگرهای واحد غیر واگیر می شود. اصول کلی گردش کار خدمتگیر در واحد غیر واگیر به قرار زیر است.

- ۱- خدمتگیر در بدو ورود به واحد به منشی مراجعه می کند. منشی موظف است بخش اول فرم ثبت اطلاعات ویزیت را در بدو ورود خدمتگیر به واحد تکمیل کند. در جریان دریافت خدمت از خدمتگرهای مختلف بخش های دیگر این فرم نیز تکمیل می شود. بر اساس این فرم مراحل مختلف دریافت خدمت توسط خدمتگیر مشخص می شود و در نهایت داده های مرتبط با هر ویزیت بر اساس آن به رایانه وارد می شود.
- ۲- به جز افرادی که صرفاً برای شرکت در کلاس آموزشی مراجعه کرده اند، خدمات هر خدمتگیر در هر نوبت مراجعه با ویزیت پرستار آغاز می شود.
- ۳- به منظور تسهیل حرکت خدمتگیر بین خدمتگرهای واحد غیر واگیر و ثبت تمامی اطلاعاتی که در نهایت باید به نرم افزار وارد شود، فرمی تحت عنوان "فرم ثبت اطلاعات ویزیت" برای هر خدمتگیر توسط خدمتگرهای مختلف تکمیل می شود. این فرم در نهایت برای ورود اطلاعات این مراجعه در اختیار پرستار قرار داده می شود.
- ۴- پس از گرفتن خدمت از هر خدمتگر، خدمتگیر باید مجدداً به اتاق انتظار و نزد منشی برگردد.
- ۵- پرونده ی خدمتگیر توسط منشی از بایگانی خارج و در نهایت به بایگانی برگردانده می شود. بلافاصله پس از خروج خدمتگیر از اتاق هر خدمتگر، منشی باید پرونده را از او تحویل بگیرد و به خدمتگر بعد تحویل دهد. پرونده نباید در دست خود خدمتگیر باشد.
- ۶- برگزاری آموزش های گروهی از خدمات اصلی ارائه شده در واحد غیر واگیر است. برگزاری این جلسات مستلزم برنامه ریزی قبلی برای برگزاری آنها است. پس از تعیین عنوان، مدرس و زمان برگزاری، اطلاعات مرتبط با جلسات آموزشی باید در نرم افزار وارد شود. آموزش مناسب هر خدمتگیر با توجه به جلسات آموزشی از پیش طراحی شده توسط خدمتگران شاغل در واحد غیر واگیر مشخص و در "فرم ثبت اطلاعات ویزیت" وارد می شود.

گردش کار در واحد غیر واگیر در قالب یک فلوجارت تنظیم شده است. توضیحات مرتبط با هر یک از مراحل این فلوجارت، با توجه به شماره ای که به هر یک از خانه های فلوجارت اختصاص یافته است، در ادامه توضیح داده شده است.

## اتاق انتظار

- ۱- **ورود:** مقصود ورود خدمتگیر به واحد دیابت است
- ۲- **مراجعه به منشی:** هر خدمتگیر پس از ورود به واحد دیابت به منشی مراجعه می کند. همچنین تمام خدمتگیران پس از خروج از اتاق پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه یا کلاس آموزشی هم باید به منشی مراجعه کنند.
- ۳- **آیا اولین تماس با منشی (به جز تماس مرتبط با کلاس) است؟:** از آنجا که خدمتگیران هم در بدو ورود و هم پس از خروج از اتاق خدمتگیران به منشی مراجعه می کنند، برای خدمتگیرانی که در بدو ورود به منشی مراجعه کرده اند پاسخ این سؤال بله و برای سایر موارد خیر است. اگر خدمتگیر در اولین تماس با منشی به کلاس هدایت شده است و پس از خروج از کلاس برای مراجعه به سایر خدمتگیران به منشی مراجعه کرده است، این تماس نیز باید تماس اول محسوب شود.
- ۴- **طبقه بندی کنید:** مقصود آن است که مشخص کنید که آیا این مراجعه اولین مراجعه خدمتگیر به واحد دیابت است یا مراجعه دوم به بعد است. علت جدا کردن افرادی که برای کلاس آموزشی مراجعه کرده اند آن است که این افراد باید مستقیماً به کلاس هدایت شوند. اگر فردی هم برای شرکت در کلاس و هم برای گرفتن یک خدمت دیگر مراجعه کرده است، طبقه بندی را با توجه به اینکه ابتدا در کلاس شرکت می کند یا اینکه ابتدا خدمت دیگر را دریافت می کند انجام دهید. برای مثال فردی هم می خواهد در کلاس شرکت کند و هم می خواهد توسط پزشک ویزیت شود. اگر کلاس در حال شروع شدن است، مسیر شرکت در کلاس را تعقیب کنید. این فرد پس از خروج از کلاس مجدداً به منشی مراجعه می کند و در این حالت در گروه مراجعه غیر اول قرار می گیرد. ولی اگر تا شروع کلاس فرصت کافی برای ویزیت پزشک وجود دارد، مسیر مراجعه غیر اول را انتخاب کنید.
- ۵- **مراجعه اول:** مقصود آن است که فرد برای اولین بار به واحد دیابت مراجعه کرده است.
- ۶- **آیا واجد شرایط غربالگری است:** خانم های باردار در هر سنی و تمام افراد بالای ۳۰ سال واجد شرایط غربالگری هستند. ضمن توضیح این مطلب به افراد زیر ۳۰ سال به آنان توصیه کنید که پس از ۳۰ سالگی برای غربالگری مراجعه کنند. معیار سن اظهار خود فرد است و نباید مدرکی برای تأیید سن از مراجعه کننده مطالبه کرد.
- ۷- **آیا امکان ویزیت وجود دارد؟** اگر به دلیلی پرستار در واحد دیابت حضور نداشته باشد یا ظرفیت غربالگری برای این روز کامل شده است، ویزیت امکان پذیر نیست. در این صورت باید به خدمتگیر، برای غربالگری، وقت مراجعه داده شود. ولی ترجیح آن است که تمام مراجعه کنندگان ویزیت شوند.
- ۸- **تکمیل بخش اول فرم ثبت اطلاعات ویزیت:** بخش اول فرم ثبت اطلاعات ویزیت توسط منشی تکمیل می شود. اگر خدمتگیر ابتدا به سوی کلاس هدایت می شود، گزینه "شرکت در کلاس" علامت زده می شود. اگر خدمتگیر ابتدا نزد یکی از خدمتگیران هدایت می شود، متناسب با شرایط او گزینه "مراجعه اول" یا "مراجعه دوم" علامت زده می شود. اگر فرد پس از خروج از کلاس قصد دریافت خدمت دیگری را دارد، منشی در مرحله بعد "مراجعه غیر اول" را علامت می زند. با توجه به فلوجارت اگر مراجعه اول انتخاب شود، در مقابل آن یکی از دو گزینه "واجد شرایط" یا "غیر واجد شرایط" انتخاب می شود. تعریف فرد "واجد شرایط" در شماره ۶ توضیح داده شده است. اگر فرد "غیر واجد شرایط" باشد، کار او در این مرحله به پایان می رسد و واحد را ترک خواهد کرد. ولی اگر فرد "واجد شرایط" باشد، باید مشخص کرد که امکان ویزیت او وجود دارد یا نه. در صورتی که گزینه "امکان ویزیت وجود ندارد" انتخاب شود، باید تاریخ مراجعه بعد را نیز مشخص کرد. اگر گزینه "مراجعه غیر اول" انتخاب شود باید مشخص کرد که فرد با وقت قبلی مراجعه کرده است یا نه. اگر خدمتگیر بدون وقت قبلی مراجعه کرده باشد، باید امکان ویزیت را در این مراجعه مشخص کرد. اگر گزینه "امکان ویزیت وجود ندارد" انتخاب شود باید تاریخ مراجعه خدمتگیر را مشخص کرد. اگر خدمتگیر پس از دریافت خدمات قصد شرکت در کلاس را دارد، منشی باید گزینه "شرکت در کلاس آموزشی" را علامت بزند و او را به سوی کلاس هدایت کند.
- ۹- **ارائه کارت نوبت آبی برای ویزیت پرستار:** در هر بار مراجعه به واحد دیابت خدمتگیر ابتدا باید توسط پرستار ویزیت شود. یک خدمتگیر در هر بار مراجعه ممکن است بیش از یک بار توسط پرستار ویزیت شود. کارت نوبت آبی برای ویزیت نوبت اول پرستار در نظر گرفته شده است. لذا

پس از ورود اطلاعات دموگرافیک بیمار به فرم غربالگری یا استخراج پرونده او، یک کارت نوبت آبی در اختیار خدمتگیر قرار دهید و از بخواهید که تا رسیدن نوبتش منتظر بماند. به او بگویید که خود شما او را صدا خواهید زد.

**۱۰- هدایت به اتاق پرستار همراه با تحویل پرونده:** پس از خروج هر خدمتگیر از اتاق پرستار شماره بعد را صدا بزنید. اگر فردی با کارت نوبت زرد در اتاق انتظار حضور دارد، ابتدا او را صدا بزنید. اگر افرادی که کارت نوبت آبی در دست دارند به شما اعتراض کردند، با ملایمت برای آنان توضیح دهید که افراد دارای کارت زرد در میانه کار قرار دارند و قبل از افرادی که هنوز ویزیت آنها شروع نشده است، باید ویزیت شوند.

**۱۱- تعیین وقت:** شما باید در یک دفتر سر رسید به خدمتگیران وقت دهید. باید از قبل تعداد خدمتگیرانی که در یک روز امکان ویزیت آنان وجود دارد مشخص شده باشد.

## ۱۲- مراجعه غیر اول

**۱۳- آیا با وقت قبلی مراجعه کرده است؟** شما به کمک دفتر نوبت دهی خود می توانید تشخیص دهید که خدمتگیر با وقت قبلی مراجعه کرده است یا نه. فردی که با وقت قبلی مراجعه کرده است ضرورتاً باید ویزیت شود. ممکن است خدمتگیر برای غربالگری دعوت شده باشد. در این صورت برای مراجعه در یک روز خاص به او وقت داده شده است. در نتیجه پاسخ این سؤال برای چنین خدمتگیری نیز مثبت است.

**۱۴- آیا امکان ویزیت وجود دارد؟** فردی که بدون وقت قبلی و به دلیل آنکه احساس می کند حالش خوب نیست مراجعه کرده است ضرورتاً باید ویزیت شود. ملاک خوب نبودن حال بیمار احساس خود او است و نباید با او در این مورد بحث کرد. بنا بر این پاسخ این سؤال در مورد افرادی که اظهار می کنند که به دلیل احساس ناخوشی بدون وقت قبلی مراجعه کرده اند، "بله" است. اگر حال عمومی بیمار خوب نیست بدون رعایت نوبت او را به اتاق پرستار هدایت کنید. در مورد خدمتگیرانی که بدون وقت قبلی مراجعه کرده اند و ویزیت آنان فوریت ندارد، در صورت تکمیل بودن ظرفیت ویزیت بیمار در آن روز، می توان وقت دیگری را برای مراجعه تعیین کرد. ولی بهتر است مراجعه کننده در همان روز ویزیت شود. شاید اگر ویزیت او را به روز دیگری موکول کنید، خود را برای همیشه از ارائه خدمت به او محروم کنید.

**۱۵- استخراج پرونده خدمتگیر:** پرونده خدمتگیر را استخراج کنید و روی میز خود قرار دهید. پرونده را در اختیار خدمتگیر قرار ندهید. ممکن است او از انتظار کشیدن خسته شود و پرونده را همراه خود از واحد بیماری های غیر واگیر بیرون ببرد. پس از فرا رسیدن نوبت خدمتگیر، بهتر است قبل از آنکه او وارد اتاق پرستار شود، شما پرونده را در اختیار پرستار قرار دهید.

**۱۶- شرکت در کلاس:** مقصود شرکت در کلاس آموزش گروهی است. این کلاس ها بر مبنای یک برنامه از قبل تنظیم شده اجرا می شوند. بنا بر این فرد با اطلاع قبلی برای شرکت در کلاس مراجعه می کند.

## ۱۷- هدایت به کلاس

**۱۸- تحویل گرفتن پرونده، فرم ثبت اطلاعات و کارت نوبت از بیمار:** پس از خروج بیمار از اتاق هر یک از خدمتگیران، منشی باید پرونده، فرم ثبت اطلاعات و کارت نوبت را از بیمار تحویل بگیرد. بر اساس کارت نوبت باید فرد بعدی برای ورود به اتاق خدمتگر فراخوانده شود. اگر خدمتگیر از اتاق پرستار خارج شده است، اولویت برای ورود به اتاق پرستار با افرادی است که کارت نوبت زرد مراجعه به پرستار را در اختیار دارند. در صورتی که فردی با کارت زرد در نوبت مراجعه به پرستار در اتاق انتظار حضور ندارد، از افرادی که کارت نوبت آبی در دست دارند برای مراجعه به پرستار دعوت کنید.

**۱۹- طبقه بندی کنید:** به کمک فرم ثبت اطلاعات ویزیت منشی می تواند مشخص کند که خدمتگیر در مرحله بعد باید به اتاق یک خدمتگر یا به کلاس آموزشی هدایت شود یا اینکه خدماتی که او باید در این نوبت دریافت می کرده به پایان رسیده و می تواند از واحد بیماری های غیر واگیر خارج شود. فرم ثبت اطلاعات ویزیت دارای ۵ بخش است. بخش اول مربوط به پرستار، بخش دوم مربوط به پزشک، بخش سوم مربوط به اقداماتی که باید توسط پرستار انجام شود، بخش چهارم مربوط به کارشناس تغذیه و بخش آخر مربوط به منشی است. در ردیف آخر بخش های اول تا سوم مرحله بعد مشخص شده است. بنا بر این اگر خدمتگیری که با کارت نوبت آبی به پرستار مراجعه کرده است از اتاق او خارج می شود باید مرحله بعد را بر اساس ردیف آخر بخش اول فرم مشخص کرد. اگر خدمتگیر از اتاق پزشک خارج شده است ردیف آخر بخش دوم فرم مرحله بعدی وی را مشخص می کند. اگر خدمتگیری که با کارت نوبت زرد به اتاق پرستار مراجعه کرده است از اتاق وی خارج می شود باید بر اساس ردیف آخر بخش سوم فرم ثبت اطلاعات مرحله بعد را مشخص کرد. مرحله بعد برای فردی که از اتاق کارشناس تغذیه خارج می شود همیشه خروج از واحد بیماری های غیر واگیر است. افرادی که خروج به عنوان مرحله بعد آنان علامت خورده است، ممکن است برای شرکت در کلاس آموزشی که در روز مراجعه آنان برگزار می شود دعوت شده باشند. در این صورت قبل از خروج باید در کلاس آموزشی شرکت کند.

## ۲۰- اقدام پرستاری

۲۱- **ارائه کارت نوبت زرد به خدمتگیر:** این خدمتگیر از اتاق پزشک خارج شده است و بر اساس تشخیص پزشک باید مجدداً به پرستار مراجعه کند. این فرد باید کارت نوبت زرد برای مراجعه مجدد به پرستار دریافت کند. افرادی که کارت نوبت زرد در اختیار دارند نسبت به افرادی که کارت نوبت آبی در دست دارند برای مراجعه به پرستار اولویت دارند. دلیل این تمایز آن است که فردی که کارت زرد دارد در میانه دریافت خدمت است ولی فردی که کارت آبی در دست دارد که هنوز ارائه خدمت به او آغاز نشده است.

## ۲۲- ویزیت پزشک

۲۳- **ارائه کارت نوبت قرمز به بیمار:** این خدمتگیر از اتاق پرستار خارج شده و باید نزد پزشک برود. چنین افرادی باید کارت نوبت قرمز دریافت کنند.

۲۴- **هدایت به اتاق پزشک همراه با تحویل پرونده:** پس از فرا رسیدن نوبت بیمار ابتدا پرونده او را به پزشک تحویل دهید و سپس از او بخواهید که نزد پزشک برود.

## ۲۵- مشاوره تغذیه

۲۶- **ارائه کارت نوبت سبز به خدمتگیر:** این خدمتگیر از اتاق پزشک یا پرستار خارج شده و قرار است که نزد کارشناس تغذیه برود. چنین افرادی باید کارت نوبت سبز دریافت کنند.

۲۷- **هدایت به اتاق کارشناس تغذیه همراه با تحویل پرونده:** پس از فرا رسیدن نوبت خدمتگیر ابتدا پرونده او را به کارشناس تغذیه تحویل دهید و سپس از او بخواهید که نزد کارشناس تغذیه برود.

## ۲۸- خروج

۲۹- **تکمیل فرم ثبت اطلاعات ویزیت:** بخش ششم فرم ثبت اطلاعات ویزیت مربوط به منشی است. وظیفه اصلی منشی در این بخش تعیین تاریخ ویزیت بعد است. از آنجا که در هر بار مراجعه به واحد بیماری های غیر واگیر خدمتگیر ضرورتاً توسط پرستار ویزیت می شود، برای ویزیت پزشک یا پرستار یک تاریخ در نظر گرفته شده است. منشی باید با مشاهده تاریخ های مشخص شده توسط پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه تلاش کند که در حد امکان این ویزیت ها را برای یک روز برنامه ریزی کند تا خدمتگیر نیازی به مراجعه مکرر به واحد بیماری های غیر واگیر نداشته باشد. در هنگام تعیین تاریخ همچنین باید کنترل کند که تعداد ویزیت در آن روز بیش از ظرفیت مشخص شده برای هر یک از خدمتگران نباشد.

۳۰- **تحویل دادن فرم ثبت اطلاعات به پرستار:** پرستار باید بر اساس فرم ثبت اطلاعات ویزیت، داده های بیمار را در نرم افزار ثبت کند. به همین سبب فرم بیمارانی که خروج به عنوان مرحله بعد برای آنان در نظر گرفته شده است، باید پس از تکمیل بخش ششم در اختیار پرستار قرار داده شود.

۳۱- **بایگانی پرونده:** پس از اتمام کار خدمتگیر و خروج او از واحد بیماری های غیر واگیر، منشی باید پرونده خدمتگیر را بایگانی کند.

## ۳۲- خروج

## کلاس آموزشی

۳۳- **تحویل گرفتن فرم ثبت اطلاعات ویزیت از خدمتگیر:** خدمتگیر پس از ورود به کلاس باید فرم ثبت اطلاعات ویزیت را به مدرس تحویل دهد.

## ۳۴- ارائه مطالب آموزشی

۳۵- **وارد کردن شناسه کلاس آموزشی در فرم ثبت اطلاعات ویزیت:** مدرس پس از خاتمه کلاس باید شناسه کلاس را در ردیف دوم بخش اول فرم ثبت اطلاعات ویزیت وارد کند و فرم را به خدمتگیر عودت دهد.

۳۶- **هدایت به اتاق انتظار:** خدمتگیر پس از تحویل گرفتن فرم ثبت اطلاعات ویزیت باید مجدداً به منشی مراجعه کند تا یا کارت نوبت مراجعه به پرستار را دریافت کند یا واحد بیماری های غیر واگیر را ترک نماید. به خدمتگیران تذکر دهید که باید فرم ثبت اطلاعات ویزیت را به منشی تحویل دهند. لذا پس از اتمام کلاس شرکت کنندگان را به اتاق انتظار هدایت کنید.

## کارشناس پرستاری

۳۷- ثبت اطلاعات در نرم افزار: پرستار بر اساس فرم ها ثبت اطلاعات ویزیت و اطلاعات مربوط به اقدام های انجام گرفته برای بیماران را در نرم افزار ثبت می کند. اطلاعات هر روز باید همان روز وارد و فایل به روز شده برای واحد بیماری های شبکه ارسال شود.

۳۸- آیا اولین مراجعه فرد است؟: مقصود آن است که آیا این اولین باری است که خدمتگیر به واحد بیماری های غیر واگیر مراجعه می کند. پاسخ به این سؤال در اولین نوبت مراجعه "بله" و در سایر موارد "خیر" است.

۳۹- انجام اقدام پرستاری: اقدامات پرستاری را در سه گروه می توان گروه بندی کرد:

(۱) سؤال از مشکلات بیمار در فاصله دو ویزیت، اندازه گیری فشار خون و وزن بیمار، و مشاهده پا در بیماران

(۲) آموزش بیمار در حوزه های مرتبط با پرستار نظیر مراقبت از پا و تزریق انسولین

(۳) انجام اقداماتی که پزشک از پرستار درخواست کرده است.

۴۰- تکمیل فرم ثبت اطلاعات ویزیت: در بخش دوم فرم، پرستار باید وزن، فشار خون و نتایج آزمایشات را ثبت کند. همچنین پرستار در این

بخش باید مشخص کند که آیا خدمتگیر را در مراجعه اول یا غیر اول بررسی می کند. در صورتی که این اولین مراجعه فرد است باید مشخص شود که سالم یا مشمول انجام آزمایش است. در مورد افراد مشمول آزمایش هم باید مشخص شود که تمایل به انجام آزمایش دارند یا نه. ممکن است هدف از مراجعه خدمتگیر صرفاً دریافت یک خدمت پرستاری باشد. در این صورت پرستار پس از ارائه این خدمت، در صورت نیاز، باید تاریخ ویزیت بعد را مشخص کند. در غیر این صورت نیازی به تعیین تاریخ ویزیت بعد توسط پرستار نیست. اگر خدمتگیر برای دریافت مشاوره تغذیه مراجعه کرده باشد و نیازی به ویزیت پزشک نداشته باشد، ویزیت کارشناس تغذیه به عنوان مرحله بعد مشخص می شود. در صورتی که بیمار برای یک مراقبت معمول مراجعه کرده است و باید توسط پزشک ویزیت شود، ویزیت پزشک به عنوان مرحله بعد علامت زده می شود. در صورتی که پرستار پس از ویزیت پزشک خدمتگیر را ویزیت می کند، باید در بخش چهارم اقدامات مورد درخواست پزشک را انجام دهد و پس از انجام، در مقابل هر یک از آنها  بزند. همچنین پرستار می تواند در این بخش برنامه های آموزشی را که برای خدمتگیر مناسب می داند مشخص کند. تعیین برنامه های آموزشی را می توان پس از تکمیل بخش دوم یا چهارم فرم انجام داد. در ردیف آخر بخش چهارم پرستار باید مشخص کند که کار خدمتگیر در این مراجعه خاتمه یافته است یا اینکه باید توسط کارشناس تغذیه نیز ویزیت شود. اگر پزشک در بخش سوم در ردیف مشاوره تغذیه گزینه بله را علامت زده باشد، پرستار باید به عنوان مرحله بعد، ویزیت کارشناس تغذیه را علامت بزند. در صورتی که پزشک در ردیف مشاوره تغذیه گزینه خیر را علامت زده باشد، پرستار می تواند بنا بر صلاحدید خود نیز خدمتگیر را نزد کارشناس تغذیه بفرستد.

۴۱- هدایت به اتاق انتظار

۴۲- تکمیل فرم غربالگری: فرم غربالگری را تکمیل کنید.

۴۳- طبقه بندی کنید: افرادی که حد اقل یکی از ویژگی های زیر را داشته باشند مشمول انجام آزمایش هستند.

(۱) زنان بالای ۳۰ سال و دارای سابقه: حد اقل دو سقط بدون علت مشخص، مرده زایی، تولید نوزاد سنگین تر از ۴ کیلوگرم و سابقه دیابت بارداری

(۲) افراد بالای ۳۰ و مدعی ابتلا به دیابت، دارای سابقه دیابت در بستگان درجه ۱، دارا بودن حد اقل دو علامت از علائم دیابت، فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰، و نمای توده بدنی (BMI) مساوی یا بیشتر از ۲۵

(۳) زنان باردار در هر سنی

(۴) سن بالای ۴۵ سال

۴۴- مشمول انجام آزمایش

۴۵- آیا تمایل به انجام آزمایش دارد؟: فقط در صورتی به این سؤال پاسخ "خیر" بدهید که تمام تلاش خود را برای متقاعد کردن خدمتگیر به انجام آزمایش به کار بسته باشید.

۴۶- درخواست آزمایش: آزمایش های که باید در مرحله اول درخواست شوند عبارتند از:

FBS, TG, Cholesterol, Creatinine, HDL, LDL



## ۴۷- سالم

### ۴۸- ارائه پمفلت آموزشی، دعوت برای شرکت در کلاس آموزشی و توصیه به مراجعه برای بررسی مجدد پس از سه سال:

پمفلت آموزشی ویژه افراد سالم را به خدمتگیر تحویل دهید. خدمتگیر را برای شرکت در کلاس آموزشی ویژه افراد سالم دعوت کنید. برای خدمتگیر توضیح دهید که در حال حاضر مشکلی ندارد و اگر مواردی را که در کلاس آموزشی به او گفته خواهد و در پمفلت آموزشی ذکر شده است رعایت کند، انشاءالله مشکلی هم پیدا نخواهد کرد. ولی برای اطمینان از تداوم سلامتی و اقدام به موقع در صورت پیدایش شواهد بیماری، ضروری است که هر سه سال یک بار مورد معاینه و بررسی قرار گیرد.

## کارشناس تغذیه

### ۴۹- مشاوره تغذیه

۵۰- تکمیل فرم ثبت اطلاعات ویزیت: بخش پنجم فرم ثبت اطلاعات ویزیت باید توسط کارشناس تغذیه تکمیل شود. در این بخش، برنامه های آموزشی مورد نیاز بیمار، از دید کارشناس تغذیه، نیز مشخص می شود.

### ۵۱- هدایت به اتاق انتظار

## پزشک

۵۲- آیا خدمتگیر مورد شناخته شده بیماری است؟: فردی که مراحل غربالگری برای او به پایان رسیده است و تحت مراقبت مستمر قرار دارد مورد شناخته بیماری است. این فرد برای یک ویزیت معمول مراجعه کرده است.

۵۳- ویزیت بیمار: ویزیت بیمار باید بر اساس راهنماهای مراقبت و درمان که در اختیار پزشک قرار گرفته است انجام شود.

۵۴- ثبت در پرونده: داده های حاصل از ویزیت و اقدامات درمانی تجویز شده باید در پرونده بیمار (کاغذی یا الکترونیک) ثبت شود.

۵۵- تکمیل فرم ثبت اطلاعات ویزیت: تکمیل بخش سوم این فرم بر عهده پزشک است. در این بخش تشخیص بیمار، ارجاع در صورت نیاز، برنامه آموزش گروهی در صورت نیاز، ضرورت مشاوره تغذیه در این مراجعه از دید پزشک، تاریخ ویزیت بعد، اقدام مرحله بعد و آنچه که توسط پرستار باید انجام شود، ثبت می شود.

اگر خدمتگیر مورد شناخته شده بیماری است یا تشخیص او در این ویزیت مشخص شده است، گزینه مناسب تشخیص علامت زده می شود. تشخیص های ذکر شده ذیل توضیح شماره ۵۹ تعریف شده اند. اگر گزینه خاتمه غربالگری علامت زده شده باشد و تشخیص بیمار یکی از موارد چاقی یا افزایش وزن، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی و هیپرتانسیون، پره دیابت یا دیابت باشد پزشک باید مشخص کند که آیا بیمار تمایل دارد که تحت نظر باشد و در صورت پاسخ مثبت به این سؤال باید مشخص کند که آیا او تمایل دارد که تحت نظر این واحد باشد یا نه. توضیح بیشتر این موارد در شماره های ۶۶ و ۶۷ آورده شده است.

در صورتی که پزشک بیمار را ارجاع کرده است باید مشخص کند که در چه تاریخی پرستار، برای حصول اطمینان از مراجعه بیمار به مرجع الیه، باید با او تماس بگیرد. هر چه پزشک فوریت بیشتری برای ارجاع احساس کند و به بیمار توصیه کند که سریعتر به مرجع الیه مراجعه کند، فاصله این تاریخ تا تاریخ ویزیت کوتاه تر خواهد بود. اگر پس از ویزیت پزشک ضرورتی برای ویزیت پرستار یا کارشناس تغذیه وجود نداشته باشد، پزشک خروج را به عنوان مرحله بعد مشخص می کند.

برنامه های آموزش گروهی که پزشک برای خدمتگیر مناسب تشخیص می دهد، بر اساس جلسات آموزشی از پیش برنامه ریزی شده در جدول مربوطه وارد می شود. تیم واحد غیر واگیر باید به صورت منظم جلسات آموزشی را برنامه ریزی و در نرم افزار وارد نمایند. نرم افزار به هر جلسه آموزشی یک شناسه اختصاص می دهد. پزشک باید لیست جلسات برنامه ریزی شده را در اختیار داشته باشد و بر اساس آن جلسات آموزشی مناسب برای خدمتگیر را مشخص کند.

اگر پزشک مشاوره تغذیه را برای خدمتگیر ضروری می داند گزینه "بله" را انتخاب می کند.

تاریخ ویزیت بعد با توجه به شرایط بیمار و راهنماهای مراقبت و درمان بیماران مشخص می شود.

اگر بیمار پس از ویزیت پزشک فقط به ویزیت پرستار نیازمند است و نیازی به مشاوره تغذیه ندارد، در ردیف مرحله بعد فقط "ویزیت پرستار" علامت زده می شود. اگر بیمار فقط به مشاوره تغذیه نیاز دارد و نیازی به ویزیت پرستار ندارد فقط گزینه "ویزیت کارشناس تغذیه" علامت زده می شود. اگر هم به ویزیت پرستار و هم به مشاوره تغذیه نیاز دارد، فقط "ویزیت پرستار" علامت زده می شود. با توجه به آنکه در مورد چنین خدمتگیری، در ردیف مشاوره تغذیه گزینه "بله" انتخاب شده است، پرستار در مرحله بعد خدمتگیر را نزد کارشناس تغذیه خواهد فرستاد. اگر خدمتگیر نه به ویزیت پرستار و نه به مشاوره تغذیه نیاز داشته باشد، گزینه "خروج" برای او انتخاب خواهد شد.

اقداماتی که به تشخیص پزشک باید پرستار برای بیمار انجام دهد، در بخش سوم فرم ثبت اطلاعات ویزیت وارد می شود.

## ۵۶- هدایت به اتاق انتظار

۵۷- آیا غربالگری خاتمه یافته است؟: غربالگری هنگامی خاتمه یافته تلقی می شود که، بر اساس راهنمای غربالگری، تمام داده های مورد نیاز برای تعیین تشخیص نهایی خدمتگیر در اختیار باشد. اگر بر اساس راهنما، نیاز به درخواست آزمایش جدید است و هنوز نمی توان با قطعیت در مورد تشخیص بیمار اظهار نظر کرد، پاسخ "خیر" برای این سؤال اختیار می شود.

۵۸- درخواست آزمایش های مرحله بعد: آزمایش های مرحله بعد را بر اساس راهنمای غربالگری درخواست کنید.

۵۹- طبقه بندی کنید: با توجه به نتایج آزمایش ها و معاینات بالینی و با توجه به تعاریف زیر بیمار را در گروه مناسب تشخیصی قرار دهید.

- سالم: فردی که  $BMI \leq 25$  و فشار خون و تست های آزمایشگاهی در محدوده طبیعی دارد.
- چاقی یا افزایش وزن به تنهایی: فردی که فقط  $BMI > 25$  دارد و سایر یافته های او طبیعی است
- هیپرلیپیدمی: فردی که فقط پروفایل چربی غیر طبیعی با یا بدون  $BMI > 25$  دارد و سایر یافته های او طبیعی است.
- هیپرتانسیون: فردی که فقط فشار خون شریانی بالا تر از حد طبیعی با یا بدون  $BMI > 25$  دارد و سایر یافته های او طبیعی است.
- هیپرتانسیون و هیپرلیپیدمی: فردی که پروفایل چربی غیر طبیعی همراه با فشار خون شریانی بالاتر از حد طبیعی با یا بدون  $BMI > 25$  دارد و سایر یافته های او طبیعی است
- پره دیابت: فردی که بر اساس راهنمای غربالگری دیابت در این گروه قرار گرفته است. اگر چنین فردی اختلال پروفایل چربی یا فشار خون بالا نیز داشته باشد باز هم در این گروه قرار داده می شود.
- دیابت: فردی که بر اساس راهنمای غربالگری دیابت در این گروه قرار گرفته است. اگر چنین فردی اختلال پروفایل چربی یا فشار خون بالا نیز داشته باشد باز هم در این گروه قرار داده می شود.
- دیابت بارداری: خانم بارداری که بر اساس راهنمای تشخیص دیابت بارداری در این گروه قرار گرفته است.
- اختلال کلیوی: فردی که Creatinine غیر طبیعی دارد ولی دیابتی نیست، صرف نظر از سایر اختلالات، در این گروه قرار داده می شود. فرد دیابتی، علیرغم Creatinine غیر طبیعی، به عنوان دیابتی طبقه بندی می شود. فرد پره دیابتی در صورتی که Creatinine غیر طبیعی داشته باشد، ذیل گروه اختلال کلیوی طبقه بندی می شود.

## ۶۰- چاقی

## ۶۱- هیپرتانسیون

## ۶۲- هیپرلیپیدمی

## ۶۳- هیپرتانسیون و هیپرلیپیدمی

## ۶۴- پره دیابت

## ۶۵- دیابت

۶۶- آیا تمایل دارد تحت نظر باشد؟: انتساب هر یک از این تشخیص ها به خدمتگیر به معنای آن است که فرد باید تحت مراقبت و درمان قرار

گیرد. هدف از این سؤال این است که آیا فرد تمایل دارد تحت نظر یک خدمتگر خدمات مربوطه را دریافت کند. فقط در صورتی پاسخ خیر را برای

این سؤال انتخاب کنید که تمام سعی خود را برای متقاعد کردن بیمار به دریافت خدمت به کار گرفته باشید.

۶۷- آیا تمایل دارد تحت نظر این مرکز باشد؟: ممکن است خدمتگیر علی‌رغم آنکه تمایل دارد تحت نظر یک خدمتگر باشد، تمایلی برای دریافت خدمت از این واحد نداشته باشد. در این صورت ویژگی‌های یک مراقبت خوب را، با توجه به مشکل خدمتگیر، برای او توضیح دهید تا احتمال بهره‌مند شدن وی از یک خدمت مناسب افزایش یابد.

۶۸- سالم

۶۹- اختلال در آزمایش‌های کلیوی بدون ابتلا به دیابت

۷۰- ارجاع به نفرولوژیست: فردی که اختلال کلیوی دارد باید به نفرولوژیست ارجاع شود.

۷۱- دیابت بارداری

۷۲- ارجاع به کلینیک دیابت بارداری: خانم بارداری که به دیابت بارداری مبتلا است ضرورتاً باید تحت نظر کلینیک دیابت بارداری مراقبت شود.

## لیست واحد های غربالگری نوزادان در دانشگاه علوم پزشکی تهران - سال ۱۳۹۳

تلفن	آدرس	نام مرکز		
۵۵۰۶۱۱۳۸	خزانه بخارانی فلکه سوم خ عباسی پشت بیمارستان ایت الله کاشانی	شیخ احمد کافی	۱	جنوب
۵۵۷۱۴۱۵۴	بزرگراه نواب خ سینا جنب آموزش و پرورش منطقه ۱۰	شهید اکبر آبادی	۲	
۵۵۸۲۴۰۳۰	بزرگراه نواب خ زمزم کوچه باغ	شهید احمدی	۳	
۶۶۹۲۶۶۷۱	خ آذربایجان بین چهار راه گلشن و باستان روبروی بانک ملی	فرمانفرمائیان	۴	
۵۵۸۲۵۲۷۲	خانی آباد نو سه راه شریعتی خ ماهان روبروی پارک شریعتی	شهید آیت	۵	
۵۵۳۸۲۸۱۳	خ ولیعصر - تقاطع وحدت اسلامی پ ۲۲۷	ثلاث	۶	
۳۳۷۵۱۶۱۶	خ فدائیان اسلام چهار راه دیلمان	نیک نژاد	۷	ری
۳۳۴۰۰۶۴۸	جاده ورامین سه راه تقی آباد به طرف جاده امین آباد	شهید جمالی	۸	
۵۵۲۰۳۷۲۷	خ ۲۴ متری طالقانی بلوار میدان فانچی	باقر شهر ۲	۹	
۰۲۹۲۳۴۳۳۸۸۳	جاده خاوران قیامدشت	قیامدشت	۱۰	
۳۳۸۸۷۲۷۵-۷	بعد از بل بعثت خ شهید بروجردی (بلوار شهرزاد) کیان شهر بلوار مطهری خ شهید قاضی زاده	بدر	۱۱	
۳۳۷۴۴۰۴۰	ری - بین فلکه دوم و سوم دولت آباد	ش یغمایی	۱۲	
۳۳۴۹۹۵۹۵	سه راه افسریه - شهرک کاروان - ۲۰ متری اسکندر لو - بعد از پاساژ فراهانی - نیش کوچه شهید کریمی ۲	شهدای احد	۱۳	
۵۶۲۲۲۱۲۰ ۵۶۲۲۲۱۲۱	بخش شافویه منطقه حسن آباد	حسن آباد	۱۴	
۵۶۵۲۳۶۸۶	کیلومتر ۱۰ جاده قدیم تهران قم	کهریزک (شهید رجائی)	۱۵	
۵۶۴۶۳۴۴۹	شهرک قائمیه - میدان اول	قائمیه	۱۶	
۵۶۳۶۹۸۷۱	موسی آباد خ امام محمد باقر میلان ۴ روبروی ورزشگاه ۲۲ بهمن	موسی آباد	۱۷	
۵۵۲۶۸۵۵۸	جاده ساوه - چهار دانگه - بلوار شهید فاریان - گلستان ۱۵ - پلاک ۷۵	چهار دانگه	۱۸	

توجه: از ۱۸ مرکز فوق ۴ مرکز آزادگان (که واحد غربالگری مربوط به آن در مرکز نیک نژاد واقع شده به آدرس: تقاطع بزرگراه آزادگان و خ فدائیان اسلام و تلفن ۳۳۷۴۳۲۲۲)، فرمانفرمایان، آیت و قائمیه علاوه بر واحد غربالگری نوزادان مجهز به واحد مشاوره ژنتیک نیز میباشند. در ضمن مرکز نور سعادت (به آدرس: خیابان وحدت اسلامی، ضلع جنوبی پارک شهر- خیابان بهشت- تلفن ۵۵۶۲۵۵۰۱) نیز جزو مراکز مشاوره ژنتیک است.

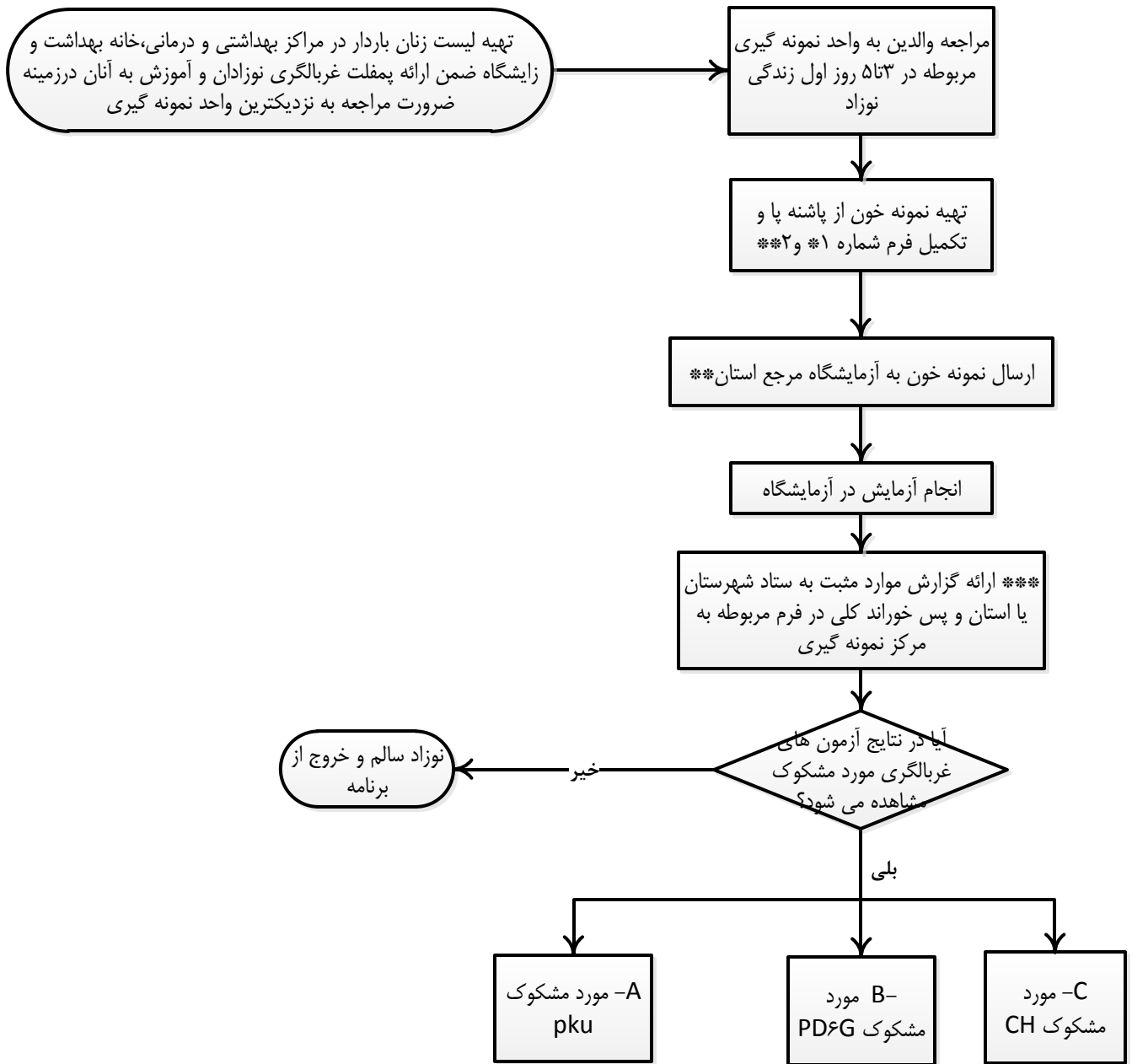
فهرست آزمایشگاه‌های منتخب انجام دهنده آزمایشات تایید تشخیص فنیل کتون اوری نوزادان به روش

HPLC

آزمایشگاه منتخب - آدرس	دانشگاه ارجاع دهنده
آزمایشگاه خصوصی دانش واقع در تبریز خیابان ۱۷ شهریور بشماره تلفن ۵۵۳۸۴۸۲	تبریز- اردبیل- ارومیه
به آزمایشگاه خصوصی نوبل واقع در اصفهان سه راه حکیم نظامی	چهار محال بختیاری - کاشان- لرستان- یزد- اصفهان
آزمایشگاه خصوصی مسعود واقع در تهران خیابان میر داماد تلفن ۸۸۷۸۵۰۰۵	تهران- قم- قزوین - اراک- شهید بهشتی
آزمایشگاه خصوصی پاتوبیولوژی نور واقع در تهران، بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و جمالزاده شماره ۹۳ تلفن ۶۶۴۲۹۸۷۱	ایلام- کردستان، زنجان- زاهدان- زابل- کرمانشاه- همدان
آزمایشگاه خصوصی تشخیص طبی دکتر سعادتی واقع در شیراز	بوشهر- جهرم- فسا- کهگیلویه و بویراحمد- شیراز- رفسنجان- کرمان- جیرفت
آزمایشگاه خصوصی دکتر محمدرضا مهدوی واقع در ساری، ابتدای بلوار کشاورز، تلفن ۰۱۵۱-۳۲۹۲۹۲۹	سمنان- گلستان- گیلان- مازندران
آزمایشگاه خصوصی پارس واقع در مشهد خیابان چمران شماره ۱۳	خراسان رضوی- گناباد- سبزوار - بجنورد- بیرجند- نیشاپور
آزمایشگاه خصوصی دکتر سبحانی واقع در بندرعباس خیابان جمال الدین اسد آبادینش کوچه شفیع تلفن ۰۷۶۱-۲۲۲۷۵۷۵	هرمزگان
آزمایشگاه خصوصی دکتر جلالی واقع در اهواز خ نادری شرقی بین مولوی و خاقانی نبش بهزاد پلاک ۵۱ تلفن: ۲۲۱۸۱۷۸	خوزستان، دزفول

\*دانشگاه‌های ارجاع دهنده نمونه های DBS راجهت انجام آزمایشات تایید تشخیص فنیل کتون اوری نوزادان به آزمایشگاه منتخب مذکور ارسال کنند...

## فرآیند غربالگری نوزادان در برنامه Pku-G6PD و کم کاری تیروئید



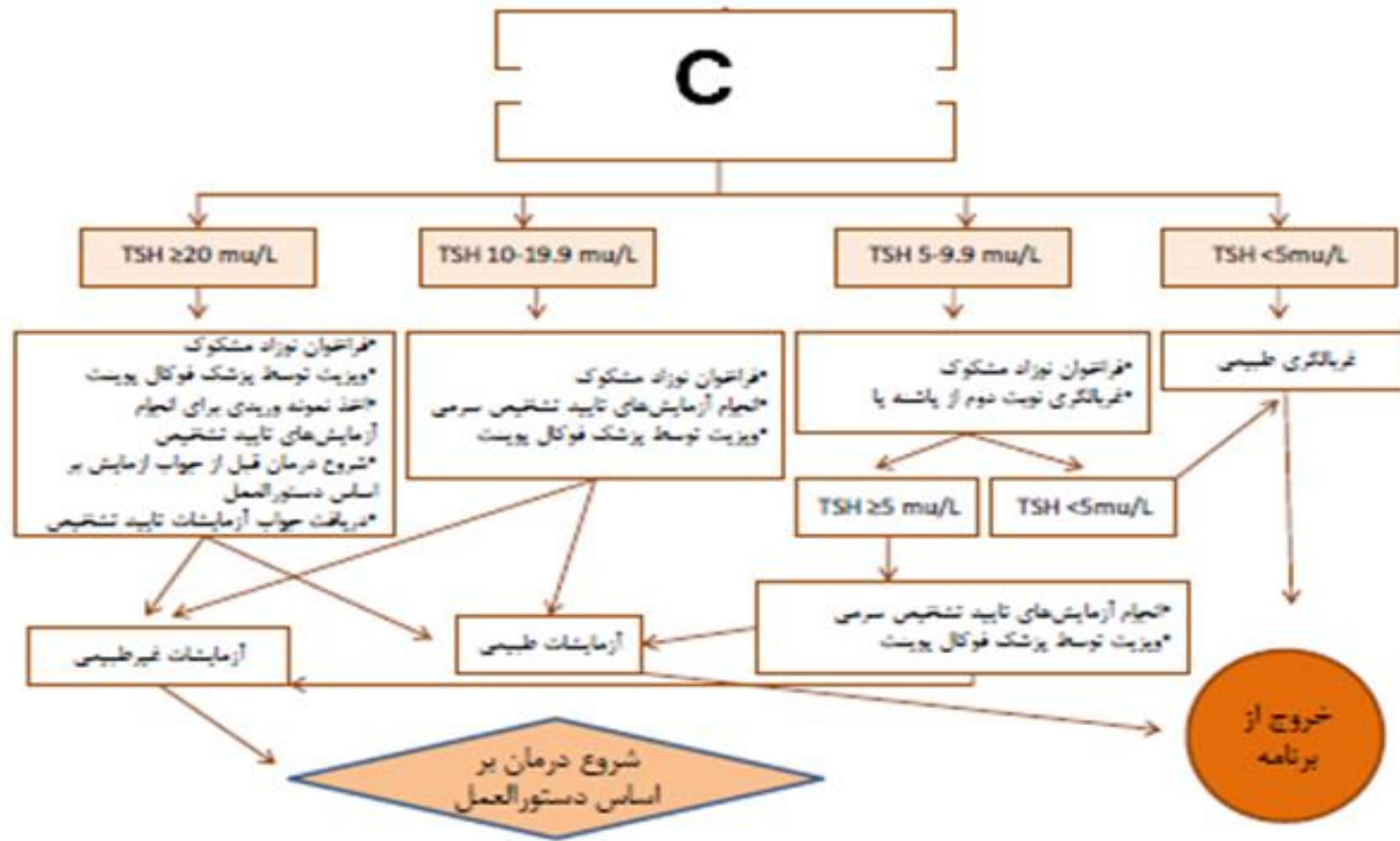
\* از ۳ برگ فرم شماره ۱ یک برگ برای مرکز نمونه گیری - ۱ برگ برای ارسال به آزمایشگاه و ۱ برگ نیز به عنوان رسید انجام نمونه گیری تحویل والدین می گردد

\*\* فرم ثبت موارد غربالگری در مراکز نمونه گیری (فرم شماره ۲)، بر اساس شرایطی که تاکنون در حوزه تحت پوشش معاونت بهداشتی (برای غربالگری CH) به انجام می رسیده است در دفتر کاربنه و یا فرم به صورت دو نسخه ای ثبت شده و یک نسخه (اصلی) همراه با نمونه های اخذ شده به آزمایشگاه غربالگری ارسال گردد. در این صورت ضروری است در انتهای لیست تاریخ ارسال نمونه ها به آزمایشگاه و تاریخ دریافت نمونه ها توسط آزمایشگاه ذکر گردد. در این صورت آزمایشگاه می تواند پاسخ تمام نمونه ها را در همین برگه ثبت و به مرکز نمونه گیری عودت نماید و یا این که یک برگه ثبت شود و نمونه های کاغذ فیلتر همراه با فرم شماره یک به آزمایشگاه ارسال گردد تا یکد می نماید در هردو روش بر اساس موارد تعیین شده در دستورالعمل، موارد مثبت و موارد نیازمند نمونه گیری مجدد باید لزوماً بصورت تلفنی و فاکس سریعاً به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه اعلام گردد. این روش دیگر نیاز به پر کردن فرم نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه نمی باشد.

\*\*\* آزمایشگاه می تواند افرادی نسبت به پاسخگویی اقدام نماید و برای هر بیمار یک برگه جواب صادر گردد، جوابهای مثبت اولیه یا موارد نیازمند نمونه گیری مجدد با تلفن و فاکس به مرکز بهداشت شهرستان جهت پیگیری اعلام گردد و کلیه جوابهای شامل طبیعی و غیرطبیعی، ۱۵ و آخر هر ماه به مراکز نمونه گیری ارسال شده تا در صورت درخواست والدین تحویل ایشان گردد. در صورتی که آزمایشگاه شرایط پاسخ دهی انفرادی نداشته باشد، جواب آزمایشات را بصورت لیستی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نماید و موارد مثبت اولیه با لیست به مرکز بهداشت شهرستان فاکس می گردد

# الگوریتم غربالگری و بیماریابی نوزادان برای بیماری کم کاری تیروئید

## الگوریتم غربالگری و بیماریابی نوزادان برای بیماری کم کاری تیروئید

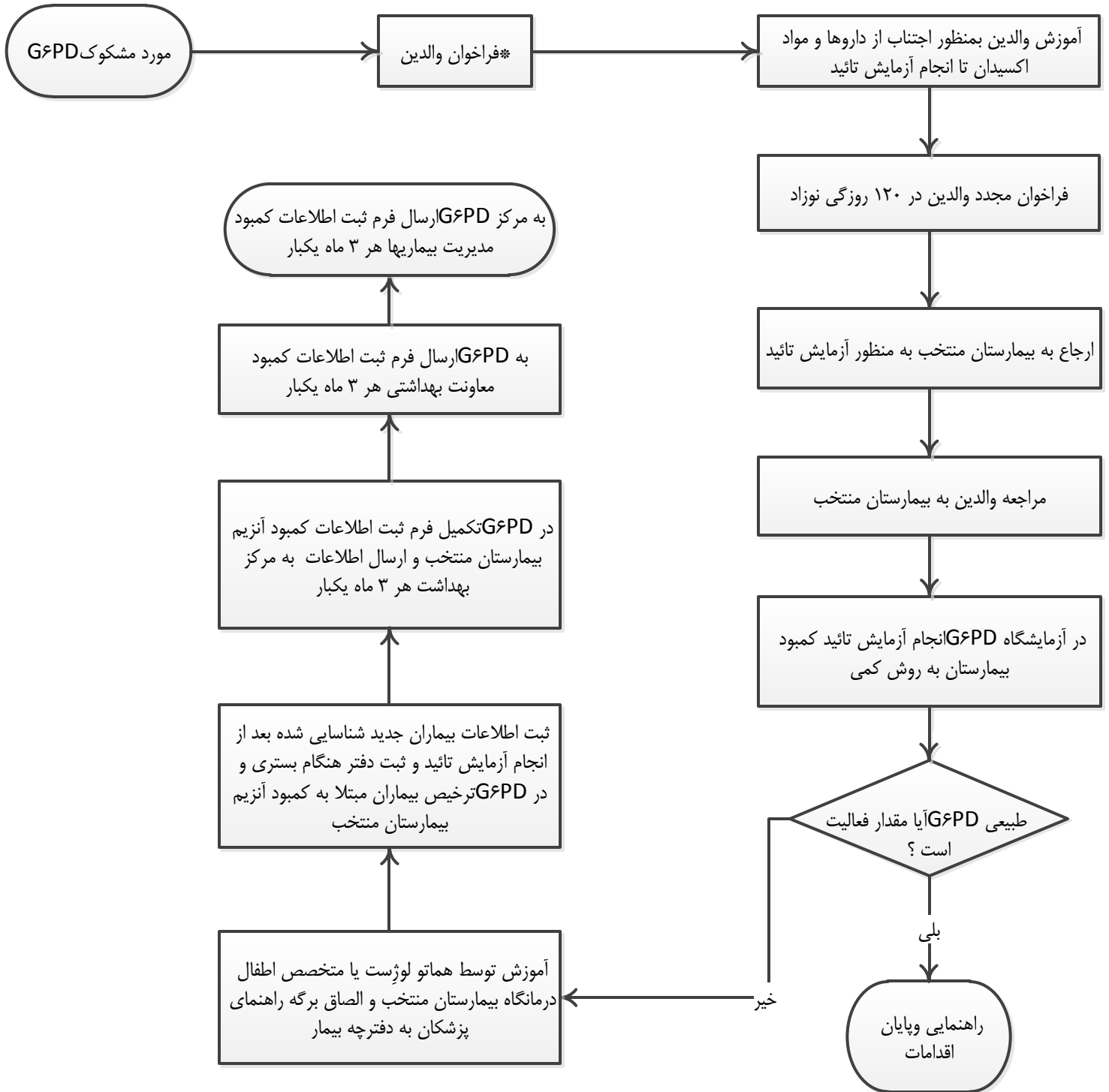




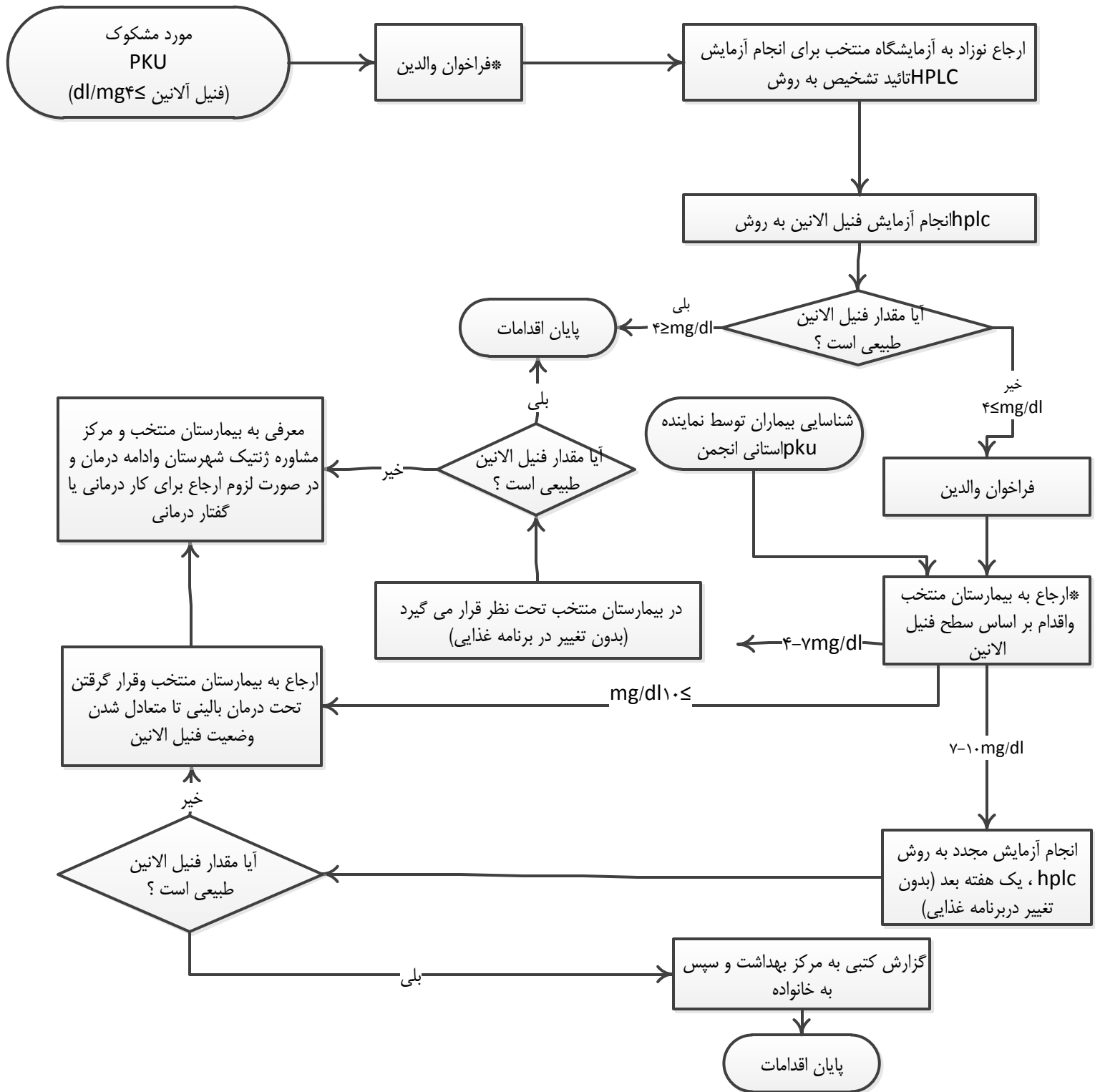




## B-ادامه گردش کار غربالگری و مراقبت G6PD در نوزادان پس از دریافت جواب آزمایش پاشنه ی پا



## A- ادامه گردش کار غربالگری و مراقبت PKU در نوزادان پس از دریافت جواب آزمایش پاشنه ی پا



\* در صورتیکه فنیل آلانین بالای  $20 \text{ mg/dl}$  باشد، باید بطور کلی مراحل مختلف دریافت نمونه خون، انجام آزمایش، ارائه نتیجه آن و در صورت تأیید ارجاع نوزاد به بیمارستان منتخب طی ۷۲ ساعت انجام شود.

## فرآیند مشاوره ژنتیک در برنامه PKU

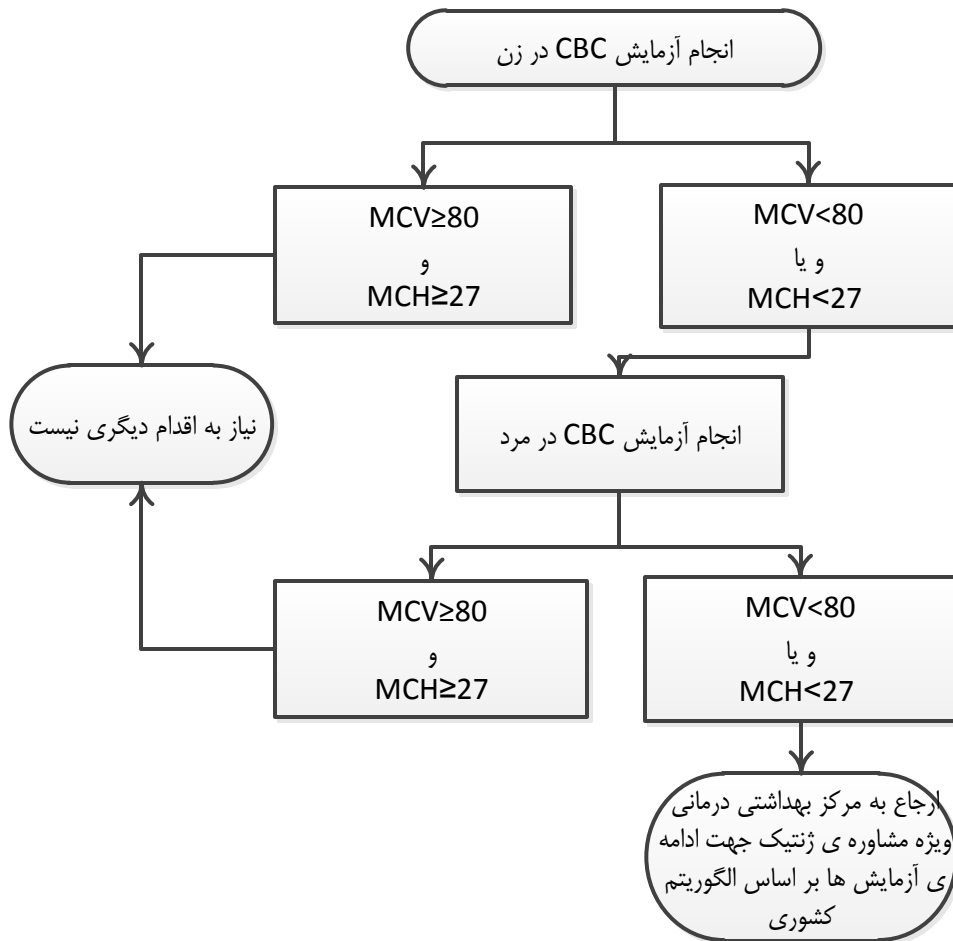


\*\*\*افراد واجد شرایط: موارد ازدواج فامیلی، تمایل به بارداری در خود والدین، ازدواج سایر فرزندان همان خانواده

## فرآیند مراقبت از والدین بیماران PKU



## فرآیند شناسایی ناقلین



الگوریتم شناسایی زوج های ناقل تالاسمی در زوجین که به هر دلیل (عدم شروع غربالگری در شهرستان، عقد غیر ثبتی، برخی گروه های اجتماعی خاص، افراد مهاجر، افراد خارجی مقیم در کشور و...) در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند.

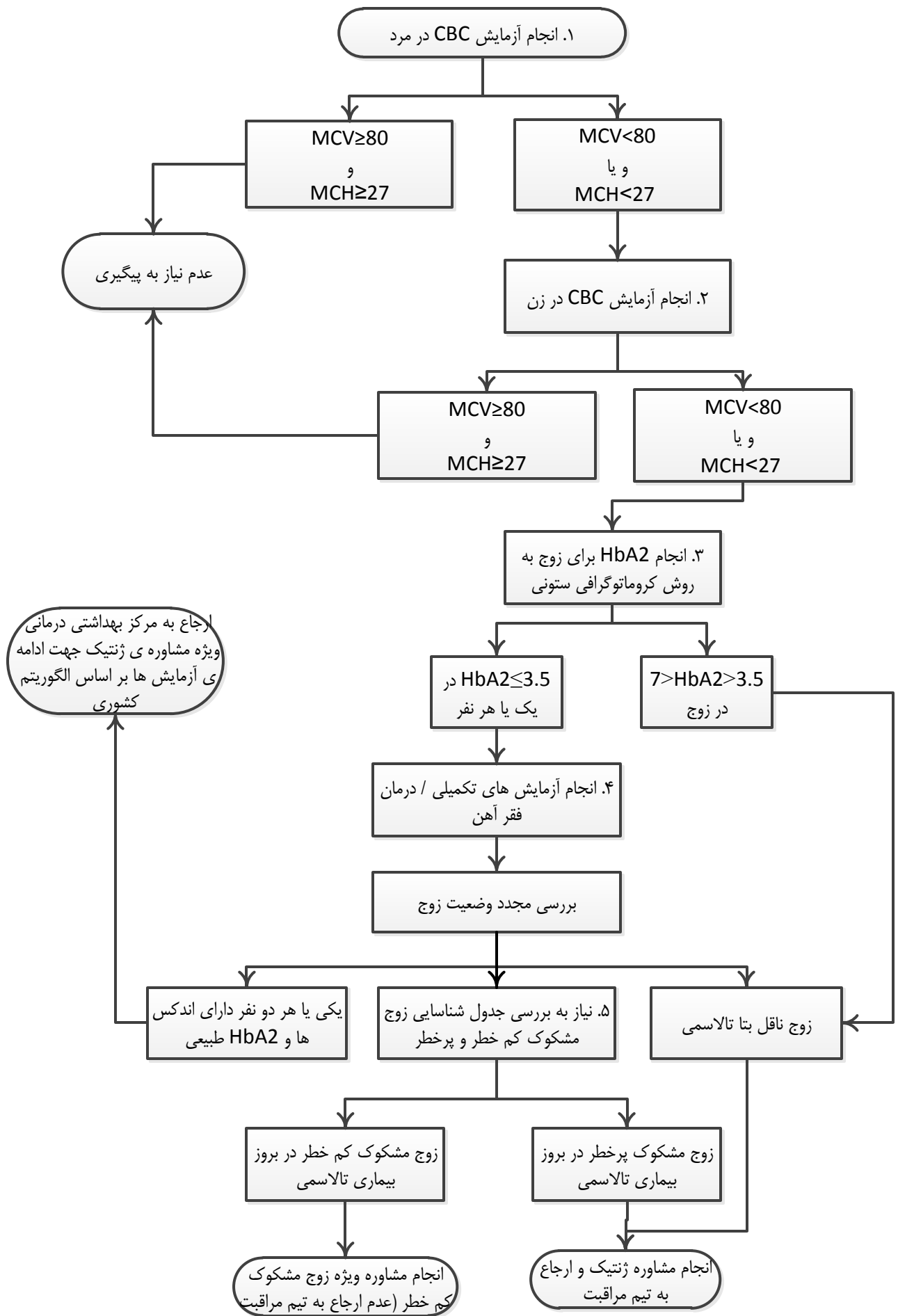
۱. تمام زنان شوهر دار که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده و در حال حاضر باردار هستند باید در هفته های اول بارداری (قبل از ۱۶ هفتگی) به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع شوند و پزشک برای آنها درخواست CBC نمایند. پس از دریافت نتیجه ی CBC در صورتی که اندکس ها در زن ( $MCH \geq 27$ ,  $MCV \geq 80$ ) باشد نیاز به اقدام دیگر نیست، ولی در صورتی که یکی از هر دو اندکس کمتر از حدود طبیعی باشد ( $MCH < 27$ ,  $MCV < 80$ ) ضروری است شوهر نیز بررسی شود. ارایه پس خوراند جهت اطلاع و پیگیری بعدی ضروری است.

۲. در صورتی که CBC انجام شده ی مربوط به شوهر، اندکس ها هر دو در حدود طبیعی باشد ( $MCH \geq 27$ ,  $MCV \geq 80$ ) نیاز به اقدام دیگری نیست ولی در صورتی که یک یا هر دو اندکس مذکور در شوهر کمتر از حدود طبیعی باشد ( $MCH < 27$ ,  $MCV < 80$ )، باید در اسرع وقت جهت ادامه ی بررسی برابر الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش های تالاسمی به مرکز مشاوره ژنتیک شهرستان ارجاع شوند.

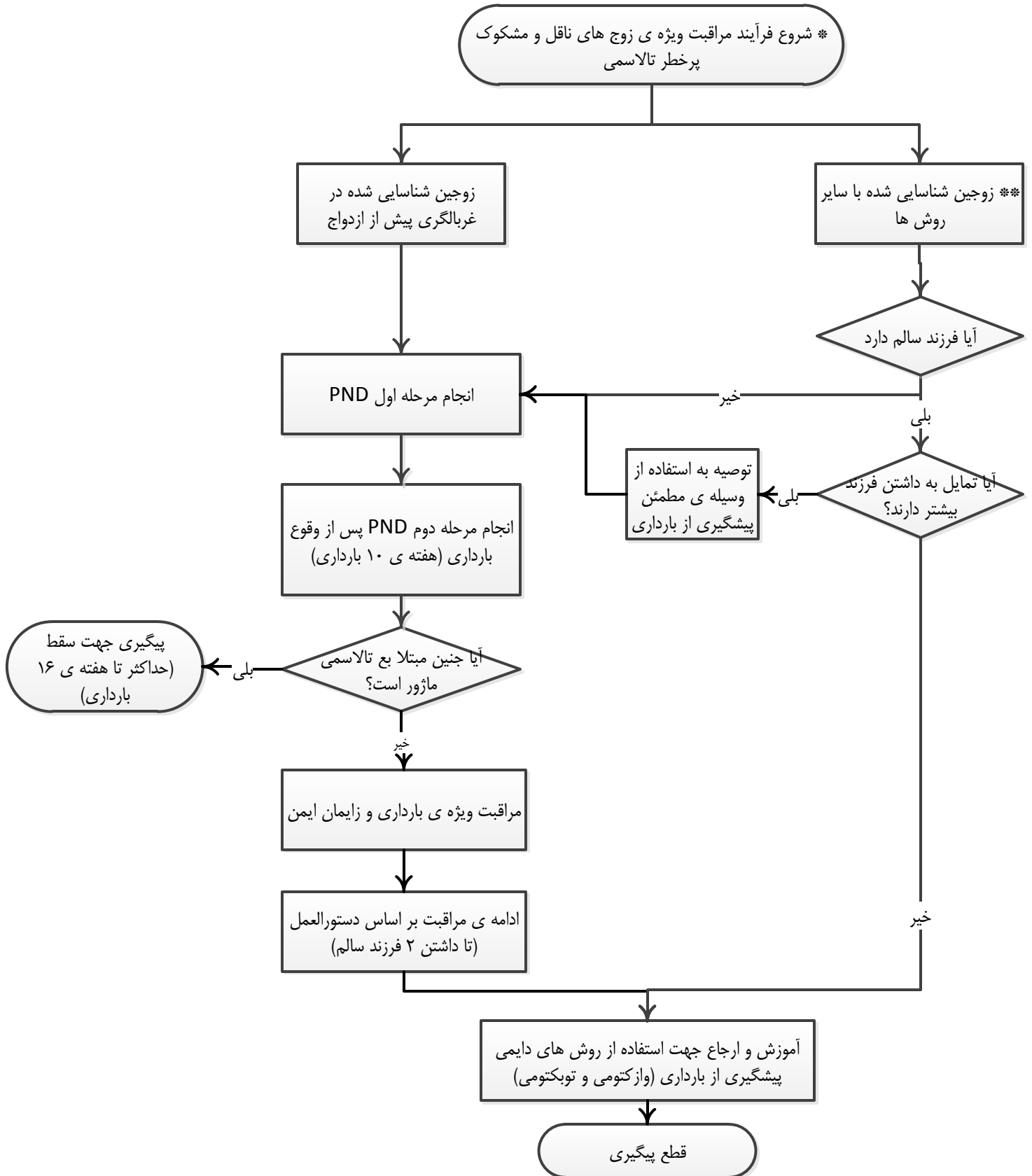
۳. در تمام مواردی که نیاز به ارجاع زن و شوهر یا هر دو باشد؛ در مناطق روستایی از فرم ارجاع موجود در نظام شبکه استفاده و در مناطق شهری به روال جاری اقدام شود.

تذکر: متخصصان زنان و زایمان، پزشکان عمومی و ماماها ی آموزش دیده می توانند ضمن آموزش مستقیم (در زوجینی که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش های تالاسمی را انجام نداده اند) آنها را به نزدیک ترین واحد بهداشتی محل سکونت زوج ها ارجاع نموده و یا در صورت تمایل تمام فعالیت های مذکور را انجام دهند و در صورت نیاز نسبت به ارجاع زوج به مرکز مشاوره ژنتیک شهرستان اقدام نمایند.

الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش های تالاسمی  
(جهت شناسایی زوجین ناقل بتا تالاسمی)



## فرآیند مراقبت زوجین ناقل / مشکوک پرخطر تالاسمی



\* در صورتی که زوج معرفی شده به تیم مراقبت به هر دلیلی شناسایی نشده و یا زوجین همکاری لازم را نداشته باشند مراقبت به سطح بالاتر گزارش می گردد.  
 \*\* زوجین شناسایی شده به روش های زیر:  
 زوجین شناسایی شده با بروز بیماری در فرزندان



## مراحل مختلف الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش‌های تالاسمی (جهت شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی)

### مرحله‌ی اول

انجام آزمایش CBC در مرد:

- اگر  $MCV \geq 80$  و  $MCH \geq 27$  باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و گواهی ازدواج صادر می‌گردد.
- در صورتی که  $MCV < 80$  و/یا  $MCH < 27$  باشد، آزمایش CBC در زن انجام می‌شود.

### مرحله‌ی دوم

آزمایش CBC در زن:

- اگر  $MCV \geq 80$  و  $MCH \geq 27$  باشد، نیاز به اقدام دیگری نبوده و گواهی ازدواج صادر می‌گردد.
- اگر  $MCV < 80$  و/یا  $MCH < 27$  باشد، میزان  $HbA_2$  به روش کروماتوگرافی ستونی در مرد و زن (هر دو) اندازه‌گیری می‌شود.

### مرحله‌ی سوم

اندازه‌گیری میزان  $HbA_2$  به روش کروماتوگرافی ستونی در مرد و زن:

- اگر در مرد و زن هر دو  $HbA_2 > 3/5$  باشد، در این صورت مرد و زن هر دو ناقل سالم تالاسمی بوده، بنابراین مشاوره‌ی ویژه‌ی تالاسمی انجام می‌شود.
- در صورتی که  $HbA_2 \geq 7$  باشد، فرد مشکوک به C، E، G، S و HbS می‌باشد که برای تشخیص قطعی لازم است، الکتروفورز اسنات سلولز و سیترات آگار انجام شود. بنابراین در این مرحله بایستی با هماتولوژیست منتخب برنامه مشاوره گردد.

### مرحله‌ی چهارم

انجام آزمایشات تکمیلی / آهن درمانی

در این مرحله دو مسیر برای ادامه بررسی زوجین وجود دارد:

#### الف) انجام آهن درمانی

۱. بعد از انجام مشاوره و اطمینان از اینکه زوجین در خصوص نحوه مصرف قرص آهن و مقابله با عوارض آن کاملاً آگاه و مسلط شده‌اند، قرص آهن تجویز می‌شود.
۲. مدت زمان آهن درمانی سه ماه می‌باشد. در پایان ماه اول اندکس ها بررسی می‌شود و در صورت مشاهده بهبود حداقل یک گرم در دسی لیتر میزان هموگلوبین، آهن درمانی برای ۲ ماه دیگر ادامه می‌یابد و نهایتاً با بررسی مجدد اندکس های خونی در پایان سه ماه درمان، در صورت نرمال بودن نتایج، آهن درمانی خاتمه می‌یابد و بر اساس «الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایش های تالاسمی» برای زوجین تعیین تکلیف می‌شود. (در خصوص آهن درمانی برای موارد کم خونی فقر آهن به دستورالعمل درمان فقر آهن مراجعه گردد).

در مناطقی که کم‌خونی فقر آهن در مردان شایع نیست، چنانچه در مرد  $HbA_2 \leq 3/5$  ولی در زن  $HbA_2 > 3/5$  باشد، می‌توان از درمان فقر آهن مرد صرف نظر کرد و جهت تصمیم‌گیری در خصوص وضعیت نهایی زوج با هماتولوژیست منتخب مشورت نمود.

آزمایشگاه ویژه‌ی آزمایش‌های تالاسمی می‌تواند مراحل اول، دوم و سوم را براساس الگوریتم انجام دهد. تفسیر آزمایش‌ها، درمان فقر آهن و سایر اقدام‌ها در مراحل بعدی (چهارم و پنجم) نظیر درخواست آزمایش‌های تکمیلی فقط به‌عهده‌ی پزشک مشاور است.

۳. در روند پیگیری آهن درمانی پزشک مشاور ژنتیک می‌تواند در صورت لزوم در پایان هر ماه اندکس های خونی را بررسی نموده و در صورت اصلاح آن‌ها، در خصوص تعیین تکلیف زوج تصمیم‌گیری نماید.

### ب) انجام آزمایشات تکمیلی

در صورتی که زوجین بعد از دریافت مشاوره، تمایلی برای آهن درمانی نداشته باشند می‌توانند با هزینه شخصی خود مسیر آزمایشات تکمیلی را به شرح زیر انتخاب کنند.

در این مسیر آزمایش های تکمیلی زیر توسط مشاور ژنتیک برای زوجین درخواست می‌شود:

- آزمایش فریتین
- الکتروفورز هموگلوبین (شامل بررسی HbF)

انجام آزمایش فریتین برای تمام افراد توصیه نمی‌شود و انجام این آزمایش تنها در موارد عدم پذیرش بیمار برای آهن درمانی (به دلایل پزشکی یا سایر مشکلات مهم) می‌باشد.

- در صورتی که هموگلوبین F در هر دو نفر مساوی یا بیشتر از ۳٪ باشد زوج مشکوک بر خط هستند. (و اگر در عین حال وضعیت فریتین ایشان گویای فقر آهن باشد صرفاً جهت رعایت اخلاق پزشکی افراد آهن درمانی می‌شوند).
- در صورتی که هموگلوبین F در یکی یا هر دو نفر کمتر از ۳٪ باشد و وضعیت فریتین ایشان گویای فقر آهن باشد سه ماه آهن درمانی انجام می‌شود و با بررسی مجدد اندکس های خونی، تعیین تکلیف زوجین بر اساس «الگوریتم کشوری مراحل انجام آزمایشات تالاسمی» صورت گیرد.

- در صورت نیاز به تعیین میزان HbA<sub>2</sub> برای فرد، هزینه انجام آزمایش از فرد دریافت می‌گردد و نباید هزینه این آزمایش در زمان نمونه‌گیری اخذ گردد.
- HbA<sub>2</sub> در تمامی مراحل این الگوریتم به روش کروماتوگرافی ستونی انجام می‌شود. روش الکتروفورز برای تایید نتایج حاصل از روش ستونی استفاده شده و در شرایط موجود بعنوان روش جایگزین پیشنهاد نمی‌شود.
- در استان هایی که غربالگری سیکل سل برای زوج ها انجام می‌شود، CBC و تست حلالیت برای هر دو نفر (زن و مرد) انجام می‌گردد و با نرمال بودن اندکس های MCV و MCH برای مرد، زن از بررسی خارج نشده و بایستی هر دو نفر از نظر ناقل بودن تالاسمی بررسی گردند.

### • مشاوره با هماتولوژیست در مسیر انجام آزمایشات تکمیلی:

در صورتی که مشاور ژنتیک نیاز به مشورت با هماتولوژیست داشته باشد می‌تواند این مشورت را به صورت تلفنی به انجام برساند. روند اجرایی مشورت تلفنی باید قبلاً توسط معاونت بهداشتی با هماتولوژیست های منتخب مشخص و اعلام شده باشد. در صورتی که مشاور ژنتیک به دلایل خاص، ارجاع حضوری زوجین را به هماتولوژیست ضروری بداند می‌تواند اقدام به ارجاع زوجین نماید. بعد از اخذ مشورت از هماتولوژیست، نتیجه نهایی باید از طریق مشاور ژنتیک به زوجین اعلام شود.

- شیوه پیگیری زوجینی که در مسیر آزمایشات تکمیلی بررسی می‌شوند و وضعیت فریتین ایشان گویای فقر آهن می‌باشد و نیاز به آهن درمانی دارند:

پزشک مشاور می‌تواند بعد از مشاوره نسبت به صدور گواهی ازدواج این گروه اقدام نموده و همزمان آهن درمانی را جهت زوجین آغاز نماید. در این صورت پیگیری زوج بعد از انجام آهن درمانی و طبقه بندی نهایی وضعیت زوج در پایان درمان به عهده تیم مشاوره

ژنتیک شهرستان می‌باشد و ایشان حق ندارد تا تعیین تکلیف قطعی ایشان را به تیم مراقبت معرفی نمایند. (مدت زمان قابل قبول برای تعیین وضعیت نهایی زوج در این قسمت سه ماه می‌باشد. در خصوص موارد خاص و استثنا حداکثر تا شش ماه بایستی تعیین وضعیت نهایی صورت گیرد. نحوه پیگیری زوجین تلفنی خواهد بود).

### تبصره ها و نکات مهم در خصوص الگوریتم کشوری غربالگری بتاتالاسمی و سایر قسمت های اجرایی برنامه

➤ در برنامه غربالگری کشوری پیشگیری از بروز بتاتالاسمی، تیم مشاوره ژنتیک افرادی را برای تفسیر آزمایش ها و انجام مشاوره می پذیرند که مشخصات فرد در قسمت پذیرش ثبت گردیده و احراز هویت شده باشد.

➤ در استانهای با شیوع کم یا متوسط تالاسمی ، بایستی آزمایش CBC زوجین در همان روز مراجعه انجام گردد. در این استانها ابتدا نمونه خون از مرد تهیه شده و بررسی می گردد. در صورت پایین بودن میزان MCV و/یا MCH در مرد، از زن نمونه خون تهیه شده و آزمایش انجام می شود.

➤ در استانهای پر شیوع در مراکز که تراکم مراجعه کننده پایین می باشد همانند استانهای با شیوع متوسط و پایین اقدام می گردد ولی در مراکز با بار مراجعه بالا که امکان انجام آزمایش در همان روز مقدور نبوده و آزمایش در روز دیگر انجام می گردد هم زمان از مرد و زن نمونه خون تهیه شده و در صورت پایین بودن میزان MCV و/یا MCH در مرد ، نمونه خون زن بررسی می گردد.

➤ حجم نمونه خون تهیه شده در آزمایشگاه برای انجام CBC بایستی به اندازه ای باشد که در صورت نیاز به بررسی HbA<sub>2</sub> برای فرد، از همان نمونه خون اولیه (با حفظ شرایط نگهداری) استفاده گردد و از نمونه گیری مجدد اکیدا خودداری شود.

➤ در هر استان حداقل یک آزمایشگاه مرجع (دولتی و/یا خصوصی) برای انجام آزمایش های تکمیلی (فریتین و الکتروفورز) مشخص می شود که لازم است شرایط ارسال نمونه از آزمایشگاه غربالگری شهرستانها به آزمایشگاه مذکور و دریافت جواب آزمایش ها برای آزمایشگاه غربالگری مهیا گردد.

مسئولیت تمامی آزمایش های انجام شده در آزمایشگاه مرجع تعیین شده، دریافت نتایج آزمایش ها و جوابدهی نهایی به مراجعین لزوماً به عهده آزمایشگاه غربالگری تالاسمی شهرستان می باشد.

➤ در هر استان لازم است یک هماتولوژیست به عنوان هماتولوژیست منتخب برنامه مشخص شده و در صورت لزوم برای انجام مشاوره حضوری/غیرحضوری زوجین به ایشان ارجاع گردند. در مطب، کلینیک یا بیمارستان محل اشتغال هماتولوژیست، لازم است

➤ در آزمایشگاه غربالگری، آزمایشگاه تکمیلی و یا توسط هماتولوژیست منتخب نباید در خصوص وضعیت نهایی زوج ها اظهار نظر شود (هماتولوژیست منتخب باید پزشک مشاور را برای انجام مشاوره نهایی راهنمایی نماید. این شرایط مانع بروز چند-گانگی در اظهار نظرها شده و راهنمایی زوج توسط پزشک مشاور تسهیل می گردد).

#### نکته:

- پزشک مشاور ژنتیک بایستی حتی الامکان از ارجاع زوجین به هماتولوژیست منتخب برنامه اجتناب نموده و ابهام های موجود را بصورت تلفنی یا مکاتبه ای با ایشان مطرح نماید و در صورت نیاز (با نظر هماتولوژیست منتخب) ارجاع مستقیم پس از انجام آزمایش های تکمیلی و رویت آن توسط پزشک مشاور ژنتیک صورت گیرد.
- تصمیم گیری نهایی درخصوص وضعیت زوج بر عهده پزشک مشاور ژنتیک بوده و هماتولوژیست نظر مشورتی و علمی خود را به صورت مکتوب به پزشک مشاور ژنتیک شهرستان اعلام می نماید. تاکید می گردد که هماتولوژیست منتخب برنامه فقط نظر علمی خود را در خصوص وضعیت زوجین ارجاع شده اعلام نموده و از اعلام نظر درخصوص وضعیت ازدواج زوج، مانند "ازدواج بلامانع است" یا "ازدواج مانعی ندارد" و غیره اجتناب نماید.
- پرداخت تعرفه ویزیت هماتولوژیست در موارد مشاوره غیرحضوری بر اساس شرایط و ضوابط هر دانشگاه به یکی از روش های زیر صورت می گیرد:
  - ۱- عقد قرار داد با هماتولوژیست توسط دانشگاه
  - ۲- واریز وجه توسط زوجین به حساب بانکی اعلام شده از سوی هماتولوژیست

➤ گواهی انجام آزمایش های قبل از ازدواج که از سوی مرکز مشاوره ژنتیک صادر می گردد (به شرط استفاده از فرم استاندارد) در تمامی دفاتر عقد استان قابل پذیرش می باشد.

توجه به این نکته بسیار مهم می باشد که صدور گواهی قبل از پایان آهمن درمانی در صورتی پیشنهاد می گردد که زوج و زوجه در صورت ناقل تالاسمی شدن نیز قطعاً تصمیم به ازدواج داشته باشند. در صورتی که تصمیم گیری نهایی درخصوص ازدواج منوط به نتایج نهایی آزمایش ها باشد باید گواهی ازدواج فقط در صورت تعیین وضعیت نهایی زوجین صادر گردد.

➤ در صورتی که زوجی بعد از مراجعه و انجام آزمایش ها، بیش از سه ماه به مرکز مشاوره مراجعه نمایند تمامی مراحل برای زوج مجدداً تکرار می گردد.

#### در صورتی که نتایج آزمایش CBC توسط آزمایشگاه به دقت ثبت گردیده و قابل دسترس باشد می توان از نتایج آزمایش های قبلی برای بررسی وضعیت زوجین استفاده نمود.

➤ اگر  $HbA_2 \geq 7$  باشد، فرد مشکوک به بیماری  $HbS$ ،  $HbG$ ،  $HbE$ ،  $HbC$  است که برای تشخیص قطعی لازم است الکتروفورزاسات سلولز و سیرات آگار انجام شود، بنابراین زوج ها به هماتولوژیست منتخب برنامه ارجاع می شوند.

➤ در منطقه هایی که آنمی فقر آهن در مردان شایع نیست می توان از درمان فقر آهن در مردان صرف نظر نمود.

➤ در صورتی که در یکی از حالت ها در مرد میزان  $HbA_2 \leq 3/5$  و در زن  $HbA_2 > 3/5$  باشد، درمان کم خونی فقر آهن در مرد با توجه به راهنمای درمان فقر آهن و موازین ذکر شده در این دستورالعمل انجام شود.

- در صورتی که در اولین CBC فرد کم خون بوده و مقدار  $Hg \geq 8$  باشد، می توان از اندازه گیری مجدد  $HbA_2$  (در مرحله ی چهارم الگوریتم) صرف نظر کرد.
- در مورد زوجین ناقل و مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی، یکسان اقدام می گردد (مشاوره ویژه تالاسمی-تکمیل تعهد نامه-تشکیل پرونده-معرفی به تیم مراقبت با فرم شماره ۵ -ارجاع جهت انجام PND)
- برای زوجین مشکوک کم خطر مشاوره درخصوص وضعیت زوجین انجام می شود و گواهی انجام مشاوره برای آنها تکمیل می گردد ولی زوجین به تیم مراقبت معرفی نمی گردند بلکه با تکمیل فرم «زوج کم خطر» جهت تشخیص قطعی به هماتولوژیست برنامه معرفی می شوند.
- در صورتی که زوج مشکوک کم خطر پس از بررسی و انجام آزمایش های لازم توسط هماتولوژیست منتخب، ناقل بتا تالاسمی و یا ناقل آلفا تالاسمی پرخطر تشخیص داده شوند، هماتولوژیست باید آنها را مجدداً به تیم مشاوره ژنتیک معرفی نماید تا در مرکز مشاوره با فرم شماره ۵ به تیم مراقبت معرفی گردند.
- جزئیات مربوط به چگونگی مدیریت زوجین کم خطر در شیوه نامه بررسی زوجین کم خطر ضمیمه این دستورالعمل - شرح داده شده است.

حساسیت این الگوریتم در شناسایی زوج های ناقل تالاسمی صددرصد نیست و برخی موارد نظیر  $HbH$ ,  $\beta$  silent Thal, برخی انواع هموگلوبینوپاتی ها، تالاسمی اینترمدیا و ... شناسایی نمی شود.

#### نتیجه بررسی زوجین:

۱. یکی یا هر دو فرد سالم می باشند که در این صورت اقدام دیگری لازم نبوده و گواهی ازدواج صادر می گردد.
۲. هر دو ناقل بتا تالاسمی می باشند که در این صورت مشاوره ویژه تالاسمی انجام می گردد.
۳. نیاز به بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر وجود دارد.

#### مرحله ی پنجم

بررسی بر اساس جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و مشکوک پرخطر

- در صورتی که یکی یا هر دو فرد در گروه بندی جدول مذکور در گروه کم خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه در خصوص وضعیت زوج صورت گرفته و به زوجین توضیح داده می شود که احتمال بروز تالاسمی در فرزندان آنها پایین می باشد لذا پس از انجام مشاوره کامل، زوجین با تکمیل فرم «زوجین کم خطر» به هماتولوژیست منتخب برنامه معرفی می شوند و در پایان مشاوره نیازی به اعلام این زوج به تیم مراقبت نمی باشد. گواهی انجام مشاوره برای زوج تکمیل و در مرکز بایگانی می گردد.
- در صورتی که زوج در گروه بندی جدول مذکور در گروه مشکوک پر خطر در بروز تالاسمی قرار گیرند مشاوره ویژه تالاسمی صورت گرفته و همانند زوجین ناقل تالاسمی اقدام و زوج با فرم شماره ۵ به تیم مراقبت معرفی می گردد.

### تفسیر جدول شناسایی زوج مشکوک کم خطر و پرخطر در بروز بیماری بتا تالاسمی ماژور

1. در صورتیکه یکی از زوجین دارای اندکس‌های  $MCV \geq 75$  و  $MCH \geq 26$  و  $HbA2 \leq 3.2$  و در الکترو فورز  $HbF < 3$  باشد (بدلیل شباهت به الگوی آلفا تالاسمی) و طرف مقابل با هر اندکسی از طیف الگوی آلفا تالاسمی (اندکس‌های  $MCV \geq 75$  و  $MCH \geq 26$  و  $HbA2 \leq 3.2$ ) تا  $HbF \geq 3$  و ناقل تالاسمی بتا باشد، زوج بعنوان زوج کم خطر طبقه بندی می‌شود.
2. در صورتیکه یکی از زوجین دارای اندکس‌های مشابه الگوی بتا ( $MCV < 75$  و/یا  $MCH < 26$  و/یا  $HbA2 > 3.2$ ) باشد و طرف مقابل دارای اندکس‌های  $MCV < 75$  و/یا  $MCH < 26$  و/یا  $HbA2 > 3.2$  و یا ناقل تالاسمی بتا باشد به عنوان زوج پر خطر طبقه بندی می‌شود.
3. در صورتی که یکی از زوجین دارای اندکس‌های مشابه الگوی بتا ( $MCV < 75$  و/یا  $MCH < 26$  و/یا  $HbA2 > 3.2$ ) و طرف مقابل در الکتروفورز انجام شده دارای  $HbF \geq 3$  باشد بعنوان زوج پر خطر طبقه بندی می‌شود.

### اقدامات تیم مشاوره ژنتیک در خصوص گروههای مشکوک پرخطر و کم خطر در بروز تالاسمی

- زوجین مشکوک پرخطر در بروز تالاسمی:  
در گروه پر خطر، مشاوره و برنامه مراقبت از زوجین همانند زوجین ناقل تالاسمی می‌باشد و اقدامات مشاور ژنتیک برای ایشان شامل: مشاوره ویژه تالاسمی - تکمیل تعهد نامه - تشکیل پرونده - معرفی به تیم مراقبت با فرم شماره 5، ارجاع به PND مرحله یک در زمان مناسب، PND مرحله دوم و ... است.
- زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی:  
در گروه کم خطر میزان خطر بروز تالاسمی ماژور بسیار اندک می‌باشد که این موضوع طی فرایند مشاوره به زوجین اعلام می‌شود و این زوجین نیاز به مراقبت توسط تیم مراقبت ندارند و برای بررسی بیشتر به هماتولوژیست منتخب معرفی می‌گردد و در صورت نیاز به انجام آزمایش ژنتیک، ارجاع توسط هماتولوژیست صورت می‌گیرد.  
اقدامات مشاور ژنتیک برای ایشان شامل: مشاوره ویژه زوجین کم خطر در بروز تالاسمی - تکمیل فرم گواهی انجام مشاوره - عدم معرفی به تیم مراقبت و معرفی به هماتولوژیست منتخب از طریق فرم «بررسی زوجین کم خطر» جهت تشخیص قطعی است.

### اقدامات تیم مشاوره ژنتیک در شرایط مختلف برای زوجین در غربالگری تالاسمی

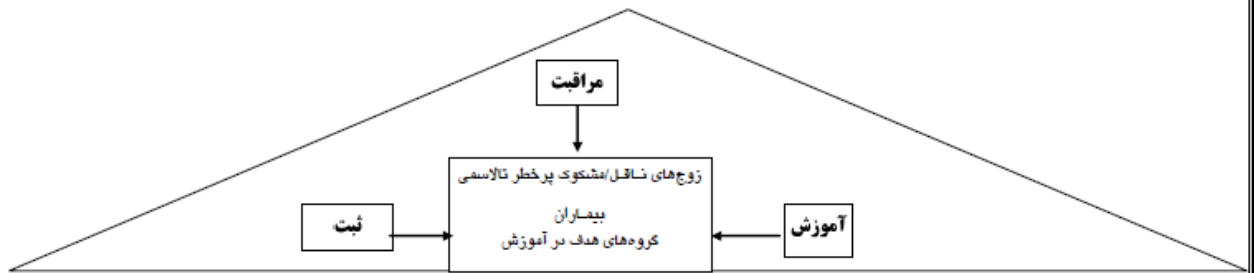


ردیف	وضعیت زوج	تعریف	اقدامات لازم
۱	بی خطر در بروز تالاسمی	یکی یا هر دو نفر دارای اندکس های طبیعی می باشند.	• صدور گواهی ازدواج
۲	کم خطر در بروز تالاسمی	زوجین بر اساس جدول شناسایی زوج کم خطر و پرخطر در بروز بیماری بتا تالاسمی ماژور. در قسمت کم خطر قرار گرفته است.	• ثبت مشخصات زوج در دفتر ثبت مشخصات زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک • مشاوره ویژه زوجین کم خطر • صدور گواهی انجام مشاوره ژنتیک ویژه زوجین مشکوک کم خطر در بروز تالاسمی ماژور • صدور گواهی ازدواج • معرفی به هماتولوژیست منتخب با تکمیل فرم «بررسی زوجین کم خطر» جهت ادامه بررسی ها پس از انجام مشاوره
۳	پرخطر در بروز تالاسمی	زوجین بر اساس جدول شناسایی زوج کم خطر و پرخطر در بروز بیماری بتا تالاسمی ماژور. در قسمت پرخطر قرار گرفته است.	• ثبت مشخصات زوج در دفتر ثبت مشخصات زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک • مشاوره ویژه زوجین پر خطر • اخذ تعهد نامه از زوجین در صورت تصمیم به ازدواج • تکمیل فرم شماره ۵ جهت معرفی زوج به مرکز بهداشت و تیم مراقبت، در صورت تصمیم به ازدواج • صدور گواهی ازدواج در صورت تصمیم به ازدواج
۴	ناقل تالاسمی	بر اساس الگوریتم کشوری انجام آزمایش های تالاسمی، هر دو نفر ناقل بتا تالاسمی می باشند.	• ثبت مشخصات زوج در دفتر ثبت مشخصات زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک • مشاوره ویژه زوجین ناقل تالاسمی • اخذ تعهد نامه از زوجین در صورت تصمیم به ازدواج • تکمیل فرم شماره ۵ جهت معرفی زوج به مرکز بهداشت شهرستان و تیم مراقبت، در صورت تصمیم به ازدواج • صدور گواهی ازدواج در صورت تصمیم به ازدواج
۵	عدم مراجعه	شامل زوجینی است که به هر دلیل در مرحله ای از انجام غربالگری به تیم مشاوره مراجعه ننموده و همکاری و ارتباط خود را با تیم مشاوره قطع نموده اند.	• ثبت مشخصات زوج در دفتر ثبت مشخصات زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک • اعلام موارد عدم مراجعه در زوجین استراتژی سوم به مرکز بهداشت شهرستان بصورت تلفنی و مکاتبه ای
۶	در حال تعیین وضعیت	زوجینی که فعلا تشخیص قطعی در موردشان صورت نگرفته و یا این که تشخیص قطعی شده ولی زوجین در خصوص انصراف یا ازدواج تصمیم گیری نهایی نکرده اند و همکاری خود را یا تیم مشاوره حفظ نموده اند.	• ثبت مشخصات زوج در دفتر ثبت مشخصات زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک • پیگیری وضعیت زوج تا تعیین تکلیف نهایی و تصمیم گیری نهایی توسط زوجین در مدت سه ماه توسط تیم مشاوره ژنتیک. اهمیت پیگیری سریع برای زوجینی که بدون تعیین تکلیف نهایی و با تأیید تیم مشاوره ازدواج کرده اند به مراتب بیشتر می باشد و در مدت زمان کوتاه تر باید پیگیری ها صورت گیرد. (مدت زمان قابل قبول برای تعیین وضعیت نهایی زوج در این قسمت سه ماه می باشد. در خصوص موارد خاص و استثنا حداکثر تا شش ماه بایستی تعیین وضعیت نهایی صورت گیرد. نحوه پیگیری زوجین تلفنی خواهد بود.)

تفاوت پیگیری موارد عدم مراجعه بیش از سه ماه در استراتژی اول و سوم:

- عدم مراجعه در استراتژی اول به پیگیری توسط مرکز بهداشت شهرستان نیاز ندارد.
- عدم مراجعه در استراتژی سوم به پیگیری توسط مرکز بهداشت شهرستان نیاز دارد. این پیگیری به صورت تلفنی و یا مکاتبه ای اداری و با مشارکت مراکز بهداشتی درمانی مربوط انجام می شود و نیازی به گزارش به معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده و مرکز مدیریت بیماری ها نیست.

## چارت وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری/ پایگاه بهداشتی/ خانه بهداشت



ثبت و گزارش	آموزش	مراقبت
<p>۱. درج دو ستاره‌ی قرمز در دفتر مراقبت ممتد تنظیم خانواده</p> <p>۲. نوشتن اصطلاح زوج ناقل/مشکوک پرخطر تالاسمی در ستون ملاحظات در صفحه‌ی دوم پرونده‌ی خانوار</p> <p>۳. ثبت موارد شناخته‌شده‌ی بیماری تالاسمی ماژور در ستون ملاحظات صفحه‌ی دوم پوشه‌ی خانوار</p> <p>۴. بایگانی فرم شماره‌ی ۵ در نامه‌های وارده</p> <p>۵. تکمیل و ارسال فرم شماره‌ی ۶ (هر سه ماه)</p> <p>تذکر: نسخه‌ی دوم فرم شماره‌ی ۶ به همراه سایر فرم‌های آماری بایگانی شود.</p>	<p>۱. آموزش زوج‌های ناقل و پرخطر تالاسمی</p> <p>۲. آموزش زوج‌های ناقل (دارای ۲ فرزند سالم و یا بیشتر) درخصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و دائمی پیشگیری از بارداری</p> <p>۳. آموزش زوج‌های ناقل (بدون فرزند یا کمتر از ۲ فرزند سالم) درخصوص اهمیت و لزوم استفاده از روش‌های مطمئن و غیردائم پیشگیری از بارداری</p> <p>۴. آموزش و تشویق زوج‌های ناقل به بیمه‌شدن.</p> <p>۵. آموزش دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی و پسر سال سوم دبیرستان براساس طرح و دستورالعمل مربوط</p> <p>۶. آموزش افراد صاحب نفوذ در محله یا روستا</p> <p>۷. آموزش عاقدان محلی به منظور جلب مشارکت آنها در راستای انجام عقد دائم و یا موقت) پس از انجام آزمایش‌های تالاسمی</p>	<p>۱. مراقبت ویژه‌ی زوج‌های ناقل تالاسمی براساس فلوجارت مربوط</p> <p>۲. ارجاع زوج‌های ناقل واجد شرایط به مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره ژنتیک جهت انجام مرحله‌ی اول PND (برصورت عدم مراجعه قبلی)</p> <p>۳. ارجاع زوج‌های ناقل به مرکز ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی جهت انجام مرحله‌ی دوم PND (حدود هفته‌ی ۱۰ بارداری)</p> <p>۴. پیگیری نتیجه‌ی PND و پیگیری انجام سقط درصورت ابتلای جنین به تالاسمی ماژور (حداکثر تا هفته‌ی ۱۶ بارداری)</p> <p>۵. ارجاع زوج‌های ناقلی که تمایل به بارداری ندارند جهت انجام واکتومی یا توکتومی</p> <p>۶. بررسی CBC (MCH-MCV) تمام زنان باردار (ازدواجی قبل از آغاز غربالگری در شهرستان)</p>

<p>۸. آموزش عموم جامعه</p> <p>۹. آموزش بیماران و خانواده‌ی آنها جهت مراجعه‌ی منظم به مرکز تزریق خون و ضرورت اجرای دستورات دارویی</p>	<p>۷. ارجاع تمام زنان واجد شرایط براساس الگوریتم شناسایی زوج‌های ناقل تالاسمی در مزوجین قبل از آغاز غربالگری در شهرستان جهت انجام CBC/MCH-MCV</p> <p>۸. شناسایی زنان مشکوک به تالاسمی مینور (سالم ناقل) و ارجاع شوهر آنها جهت انجام آزمایش CBC/MCH-MCV</p> <p>۹. ارجاع زوج‌های باردار یا متایل به بارداری که به هر دلیل در زمان ازدواج آزمایش‌های تالاسمی را انجام نداده اند، به مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره‌ی تالاسمی</p> <p>۱۰. پیگیری انجام واکسیناسیون بیماران تالاسمی</p> <p>۱۱. مراقبت از والدین بیماران تالاسمی شناسایی شده‌ی جدید</p> <p>۱۲. ارجاع والدین بیمارانی که فرزند بیمار آنها فوت شده (فعالاً فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نداشته و تمایل به بچه‌دار شدن دارند) به مرکز بهداشتی درمانی ویژه‌ی مشاوره ژنتیک</p>
--	---

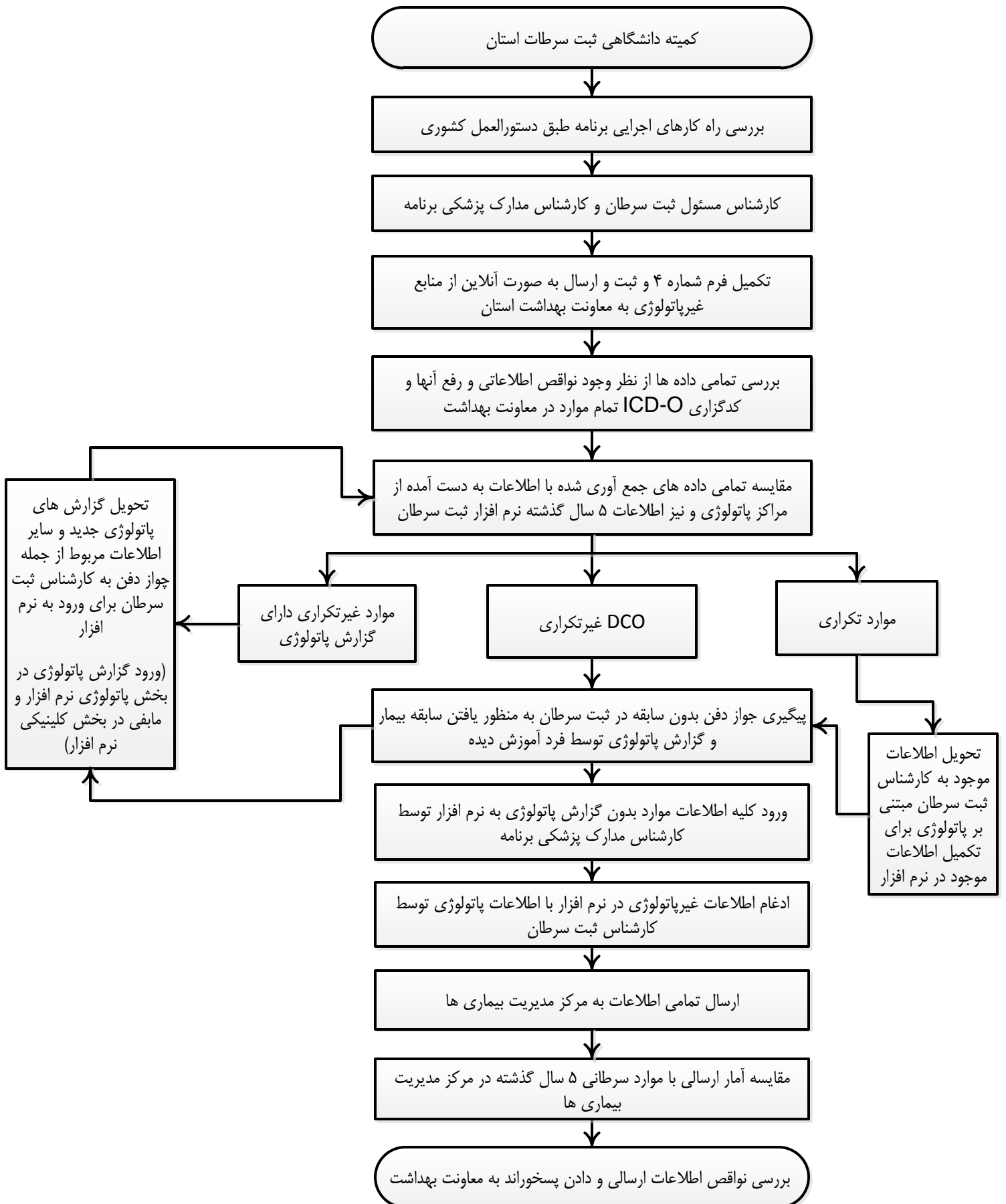




اسامی پزشکان شاغل در مرکز مشاوره ژنتیک تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران - سال ۹۲

ردیف	نام محل ارائه خدمت	نام و نام خانوادگی	عنوان سمت فعلی	مدرک	کد ملی	شماره نظام پزشکی
۱	نور سعادت	مینو حبیبی	پزشک مشاور ژنتیک	دکترای پزشکی	۰۰۵۳۵۵۳۳۴۹	۶۷۹۲۸
	تلفن همراه ۰۹۱۲۴۴۹۱۸۳۶					
	habibimino@yahoo.com = e-mail					
۲	نور سعادت	اکبر صفاری	پزشک مشاور ژنتیک - جانشین	دکترای پزشکی	۰۰۵۱۵۷۳۹۴۶	۵۷۸۱۲
	تلفن همراه ۰۹۱۲۳۴۵۶۴۹۱					
	u.saffari@yahoo.com = e-mail					
۳	فرمانفرمائیان	فرزانه انصاری منش	پزشک مشاور ژنتیک	دکترای پزشکی	۰۰۳۲۳۲۲۵۸۵	۵۶۲۵۳
	تلفن همراه ۰۹۱۲۵۴۴۶۲۹۹					
	dr.ansarimanesh@yahoo.com = e-mail					
۴	فرمانفرمائیان	متین بازرگانی	پزشک مشاور ژنتیک - جانشین	دکترای پزشکی	۲۶۹۰۰۹۷۳۹۷	۴۹۰۰۹
	تلفن همراه ۰۹۱۲۲۰۲۳۹۹۵					
	m-gan969@yahoo.com = e-mail					
۵	آیت	خدیجه شیراز کی تبار	پزشک مشاور ژنتیک	دکترای پزشکی	۰۰۶۴۹۷۵۳۹۸	۱۱۶۳۳۰
	تلفن همراه ۰۹۱۲۳۲۷۶۶۵۹					
	shirazkeytabar@yahoo.com = e-mail					
۶	آیت	فاطمه شایق	پزشک مشاور ژنتیک - جانشین	دکترای پزشکی	۰۰۳۶۳۷۷۰۴۱	۵۳۳۹۳
	تلفن همراه ۰۹۱۲۳۵۸۱۲۳۳					
	md.shayegh@yahoo.com = e-mail					
۷	قائمیه	ناهید زمردین	پزشک مشاور ژنتیک	دکترای پزشکی	۰۳۸۵۱۳۰۹۶۱	۷۹۴۶۰
	تلفن همراه ۰۹۱۲۵۹۷۵۷۹۵					
	Amir_saydy1996@yahoo.com = e-mail					
۸	قائمیه	طیبه کاشی	پزشک مشاور ژنتیک - جانشین	دکترای پزشکی	۰۰۶۵۱۲۴۹۲۸	۹۵۴۶۴
	تلفن همراه ۰۹۱۲۶۵۸۵۱۹۳					
	mortezataherian3@gmail.com = e-mail					
۹	نیک نژاد	فرشته شاد	پزشک مشاور ژنتیک	دکترای پزشکی	۶۳۵۸۹۱۶۲۰۳	۷۰۹۲۶
	تلفن همراه ۰۹۱۲۵۵۷۳۰۲۴					
	Drf_shad2006@yahoo.com = e-mail					

# فرآیند ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت



## فرآیند مراحل جمع آوری و ثبت موارد سرطانی از مراکز پاتولوژی



ارسال نمونه های بافتی و یا نمونه های سیتولوژی به همراه فرم درخواست پاتولوژی و سیتولوژی (فرم شماره ۱) توسط پزشک معالج

تهیه گزارش پاتولوژی، سیتولوژی، IHC یا فلوسیتومتری در مراکز پاتولوژی و...

ثبت موارد سرطانی از منابع گزارش های پاتولوژی، IHC یا فلوسیتومتری و ارسال به صورت آنلاین به معاونت بهداشت استان

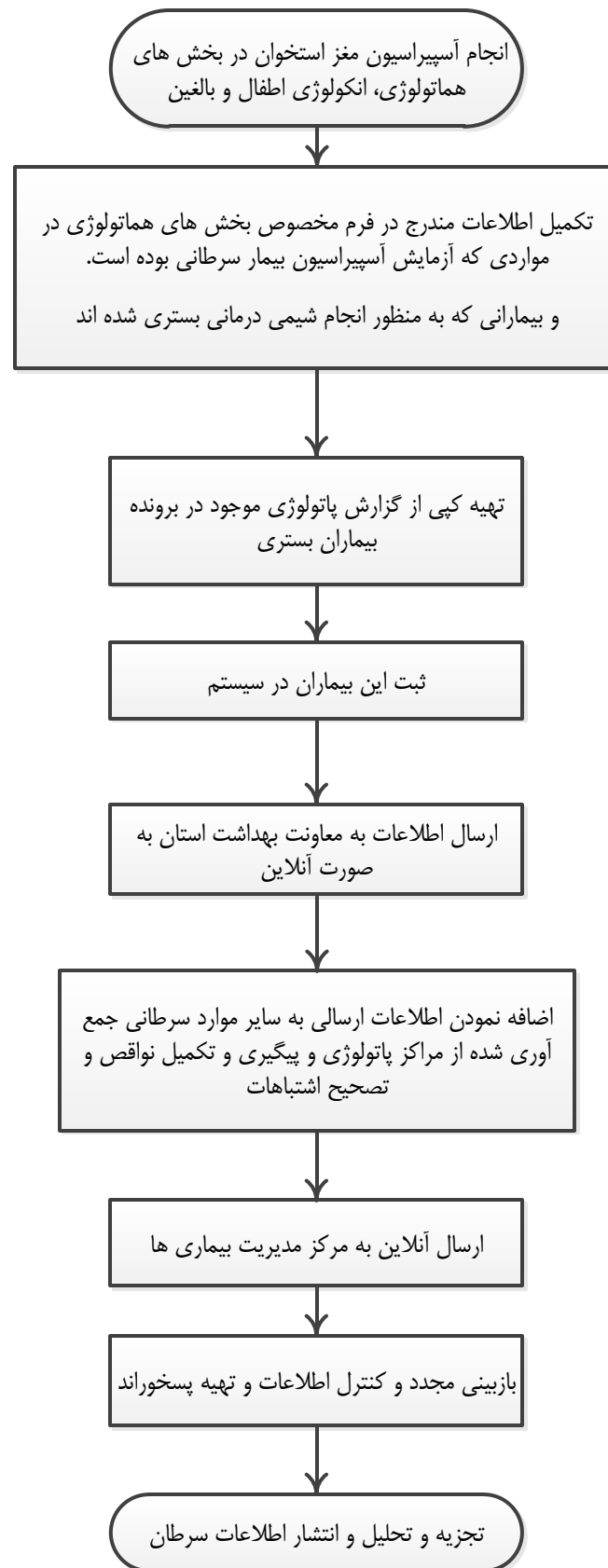
تکرارگیری توسط پرسنل مدارک پزشکی در معاونت بهداشت استان و پیگیری تکمیل نقایص اطلاعات و اصلاح کدگذاری ها در صورت وجود

ارسال اطلاعات به صورت آنلاین به مرکز مدیریت بیماری ها

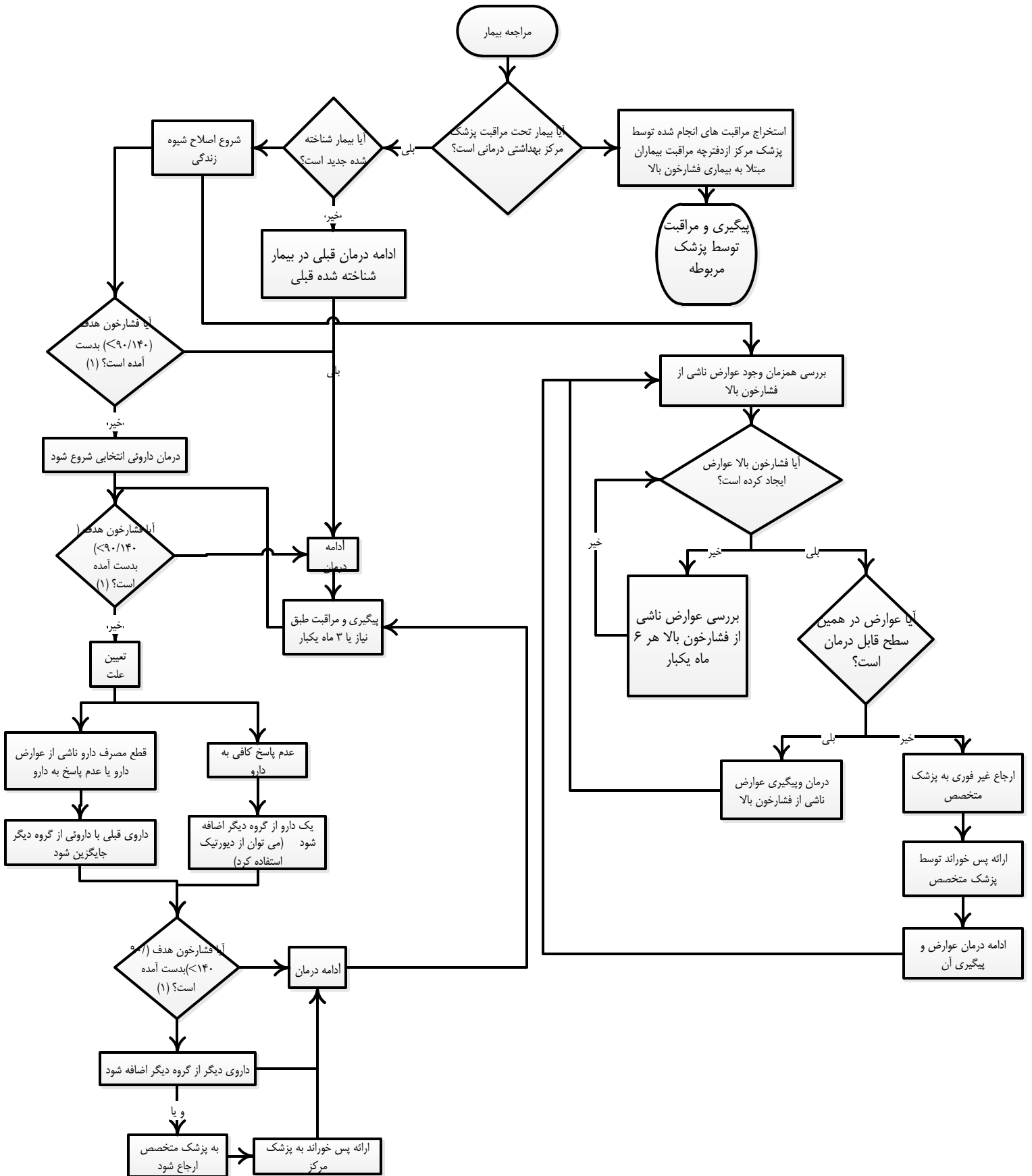
بازبینی مجدد و کنترل نهایی اطلاعات در مرکز مدیریت بیماری ها و تهیه پسخوراند

تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات سرطان

## فرآیند مراحل جمع آوری و ثبت موارد سرطانی از مراکز هماتولوژی - انکولوژی

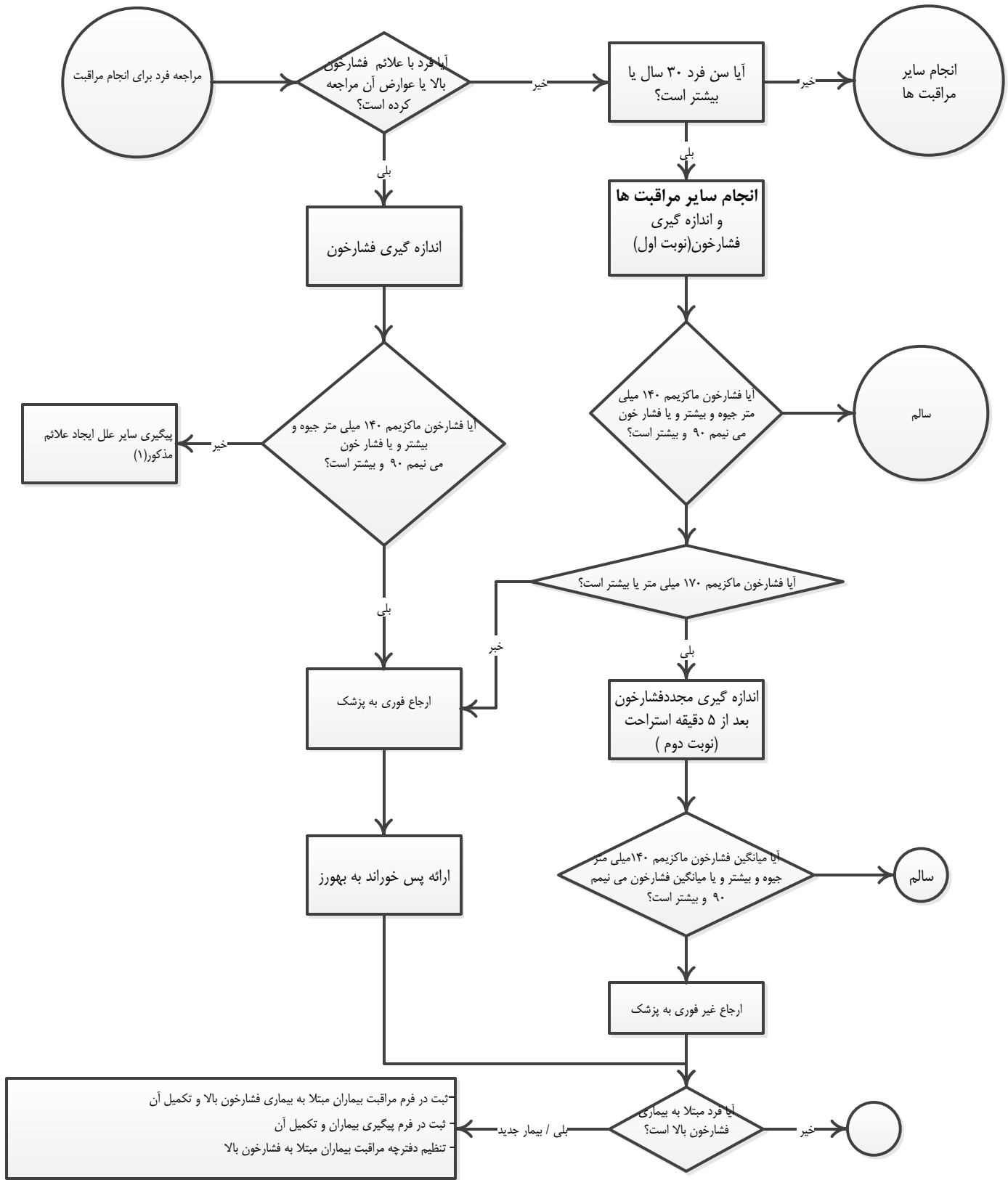


# فرآیند مراقبت و درمان بیمار مبتلا به فشارخون بالا توسط پزشک در برنامه پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

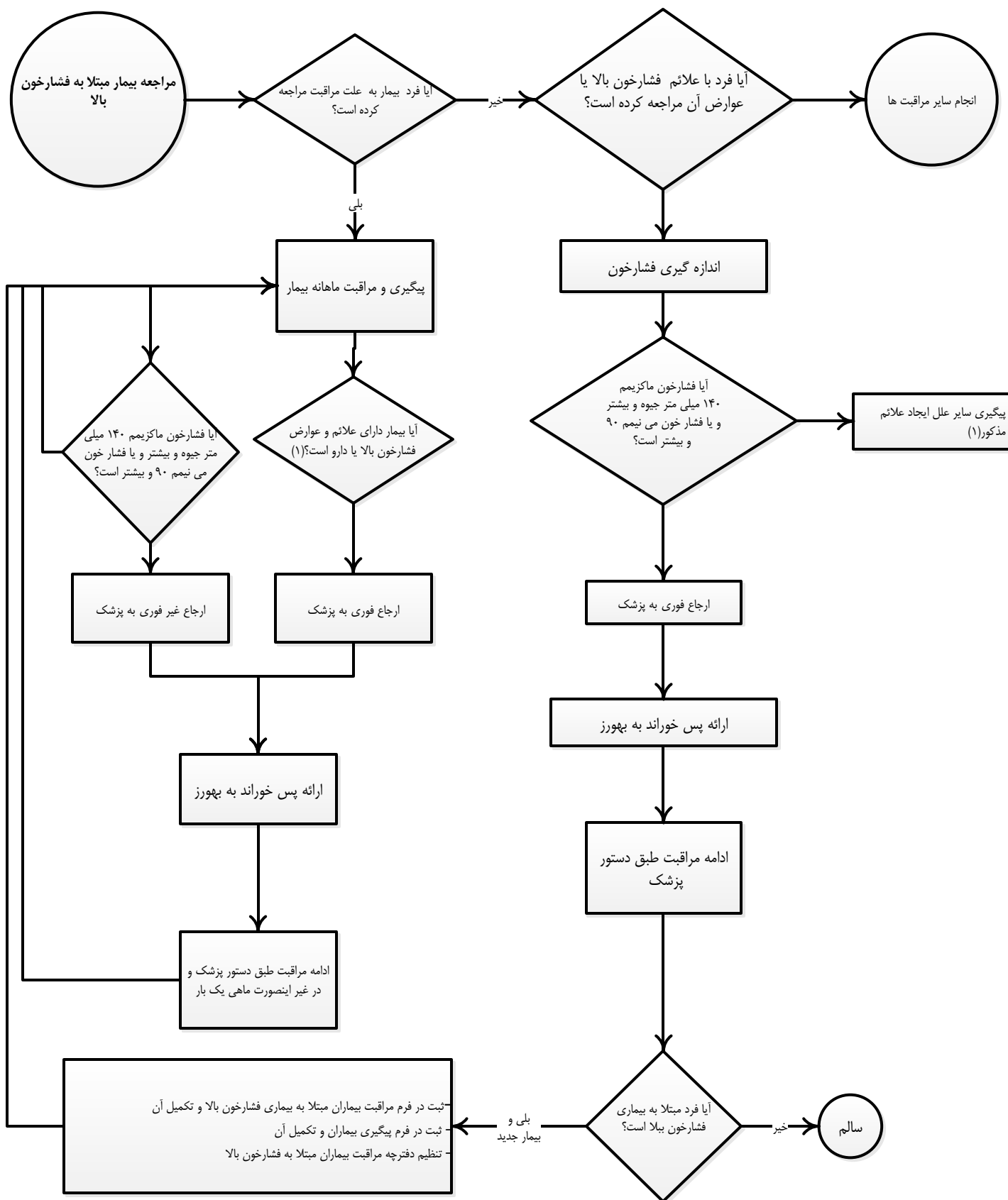


(۱) سطح فشارخون هدف در بیمار دیابتی و کلیوی کمتر از  $130/85$  میلی متر جیوه است.  
(۲) پزشک متخصص قلب و عروق یا داخلی

## \*غربالگری فشارخون بالا در مراقبت های معمولی توسط بهورز/کاردان یا کارشناس، در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا



## \* نمودار مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا توسط بهورز در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا



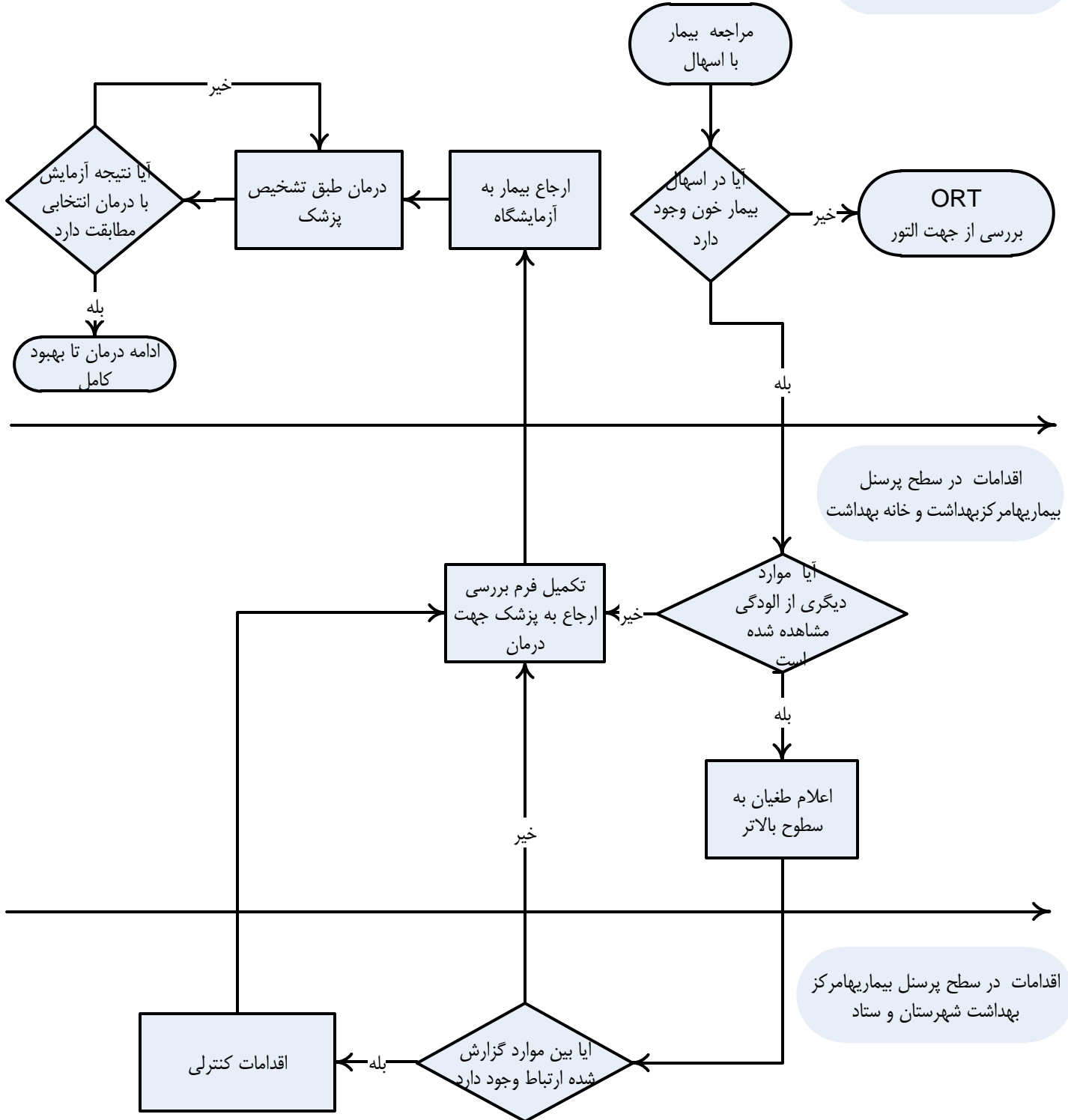
(۱) سردرد شدید، سرگیجه، گیجی، خواب آلودگی، اختلال دید، تنگی نفس ناگهانی و درد قفسه سینه



# فرآیند مراقبت از بیماری اسهال خونی



اقدامات در سطح پزشک معالج



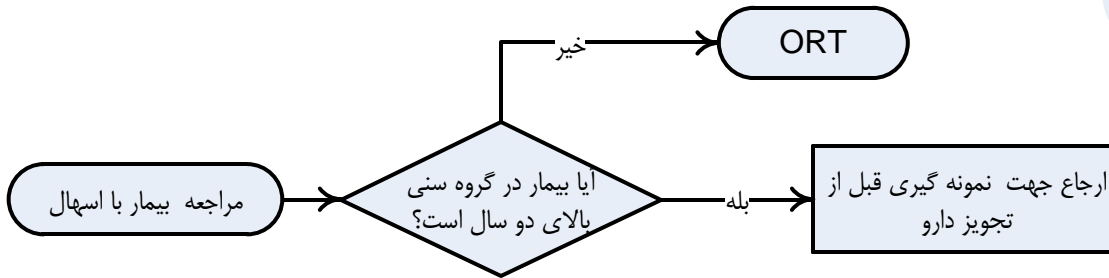
اقدامات در سطح پرسنل بیماریهامرکز بهداشت و خانه بهداشت

اقدامات در سطح پرسنل بیماریهامرکز بهداشت شهرستان و ستاد

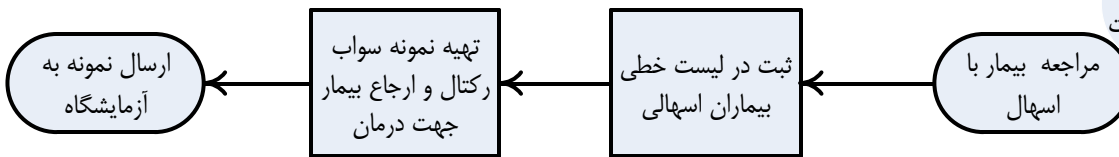
# فرآیند مراقبت از بیماری التور



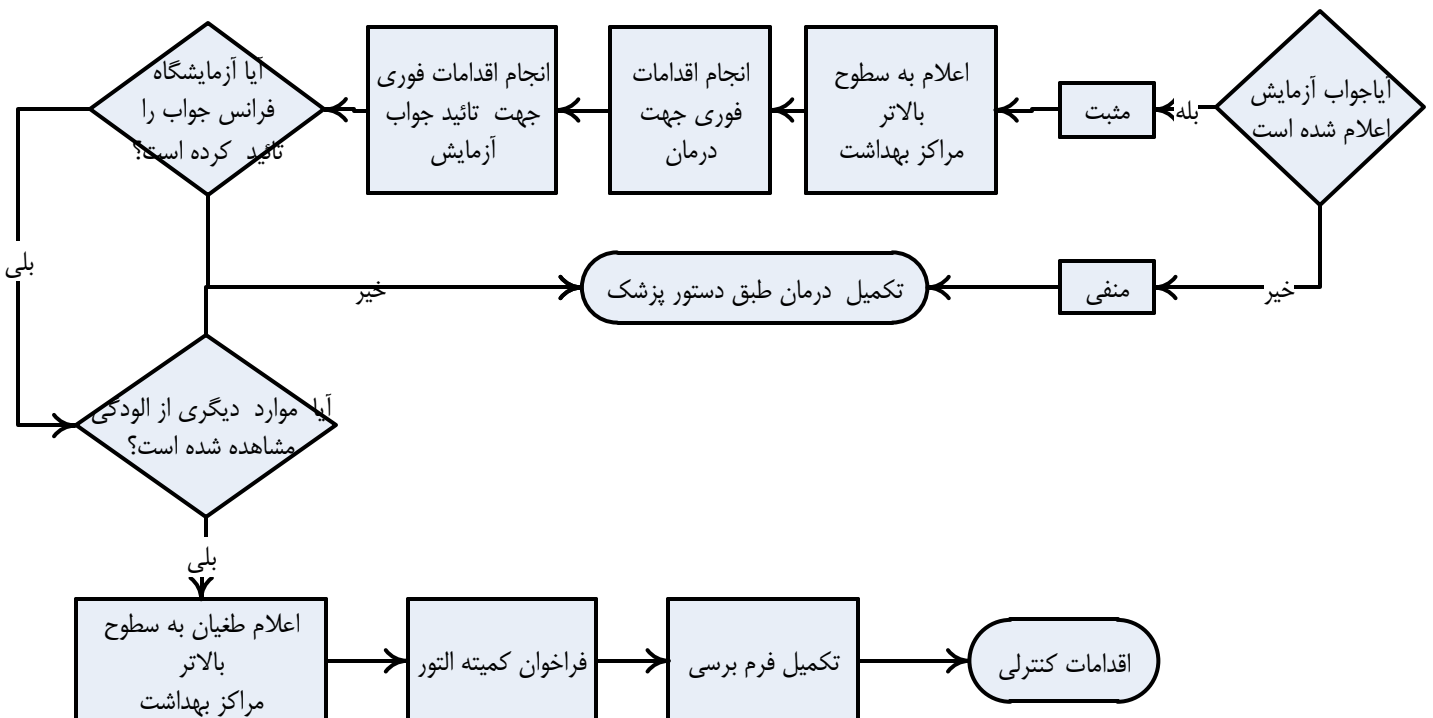
اقدامات در سطح پزشک معالج



اقدامات در سطح پرسنل بیماریهامرکز بهداشت و خانه بهداشت

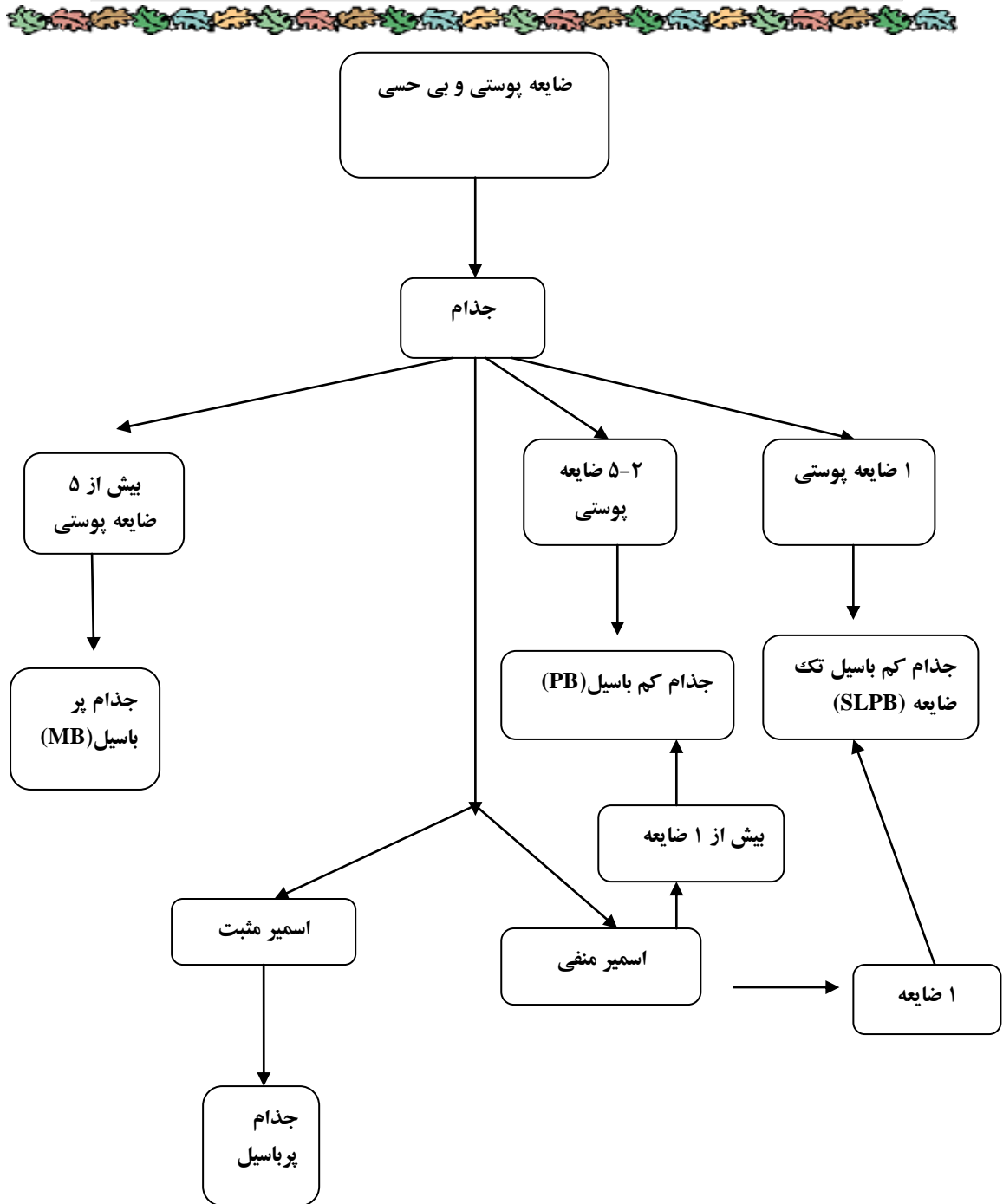


اقدامات در سطح پرسنل بیماریهامرکز بهداشت شهرستان و ستاد



اقدامات کنترلی:  
 اعزام تیم عملیاتی  
 بررسی ارتباط منطقی بین موارد گزارش شده  
 بررسی مکانهای احتمالی آلوده  
 کلر سنجی آب آشامیدنی  
 تهیه نمونه از اطرافیان بیمار  
 آموزش به بیمار و اطرافیان

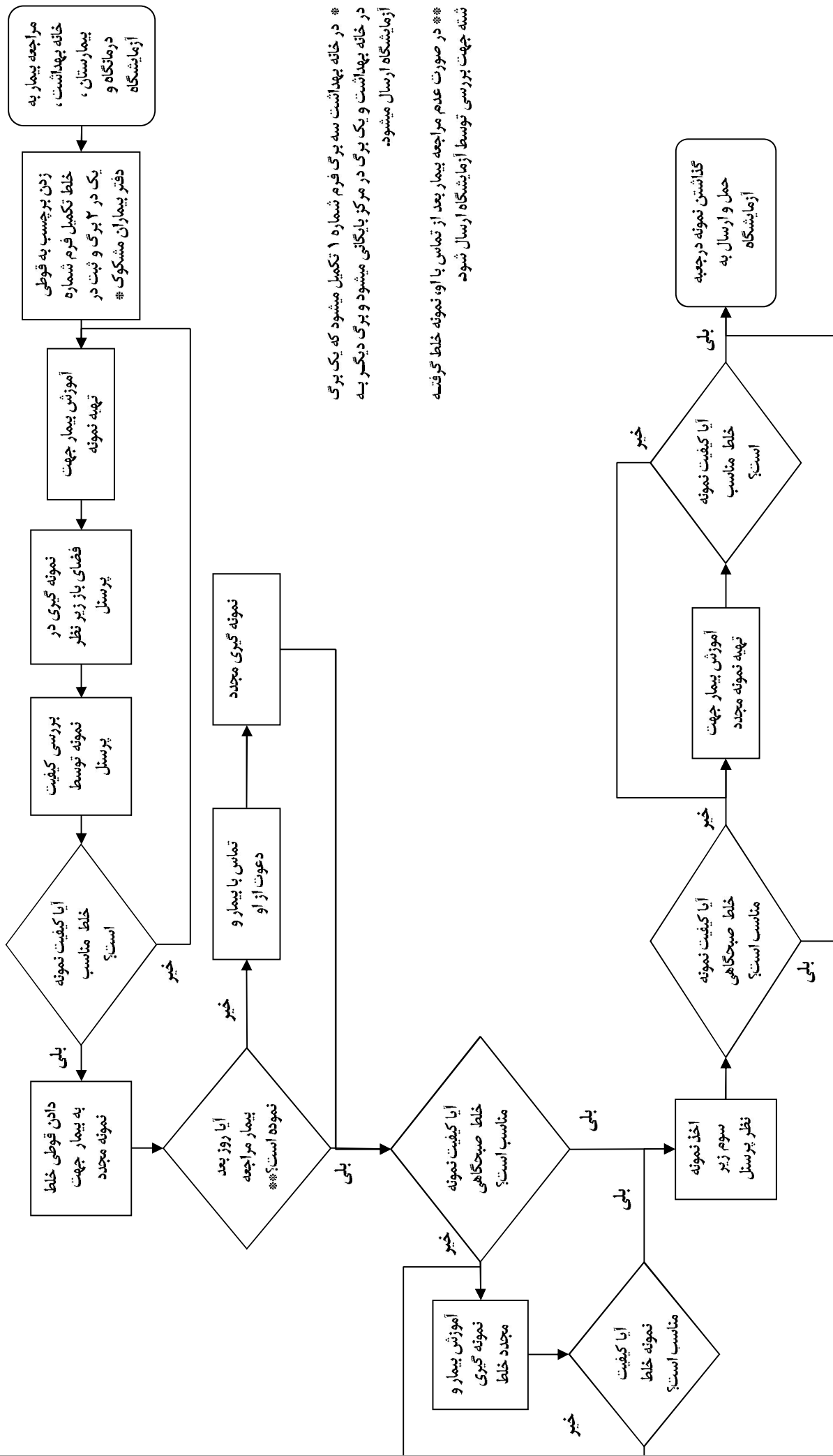




همکاران محترم ، خواهشمند است جهت دریافت اطلاعات تکمیلی به صفحه اینترنتی اداره کنترل سل و جذام مرکز مدیریت بیماری ها مراجعه فرمایید .



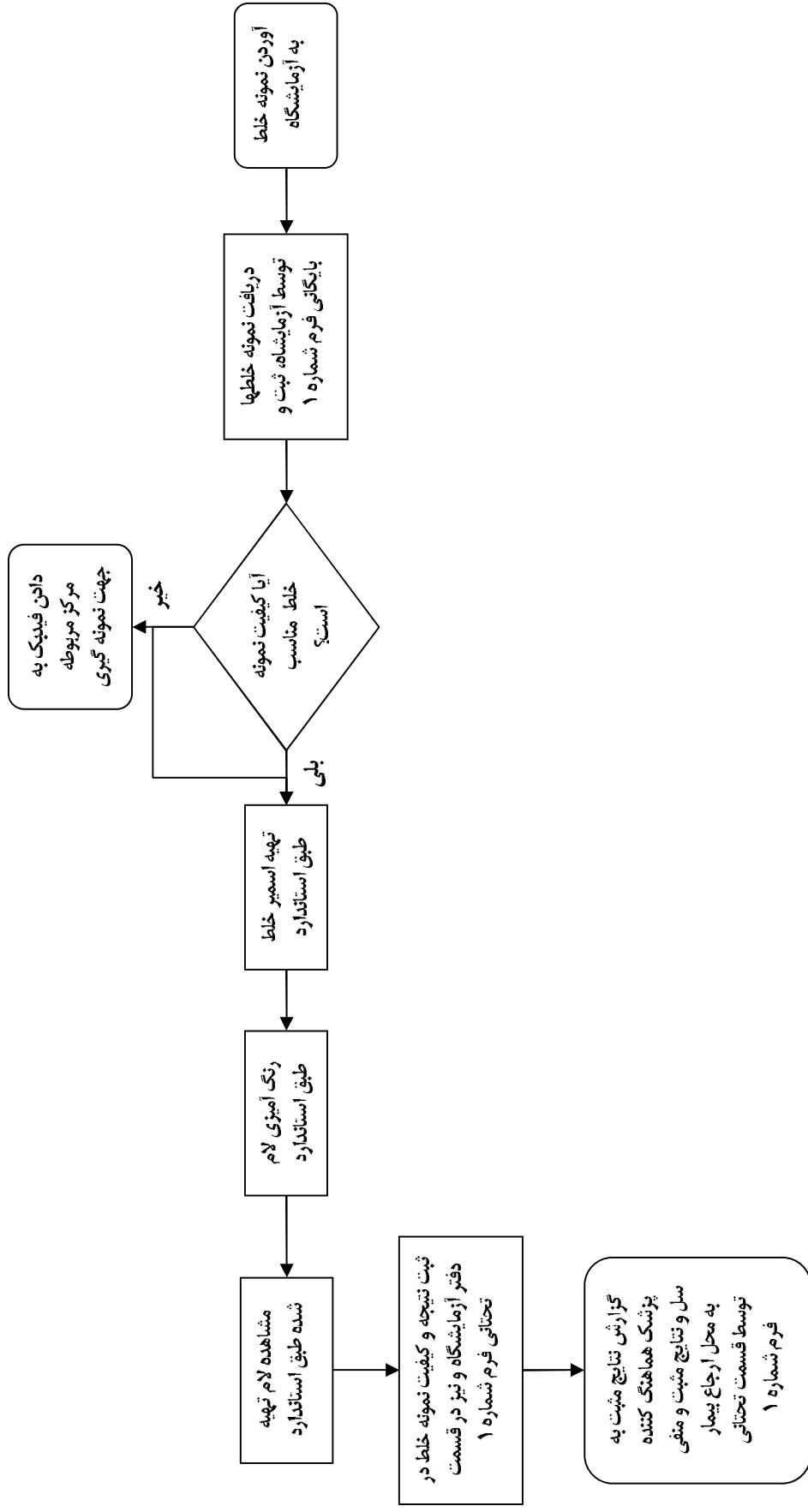
## روند اخذ نمونه خلط مناسب



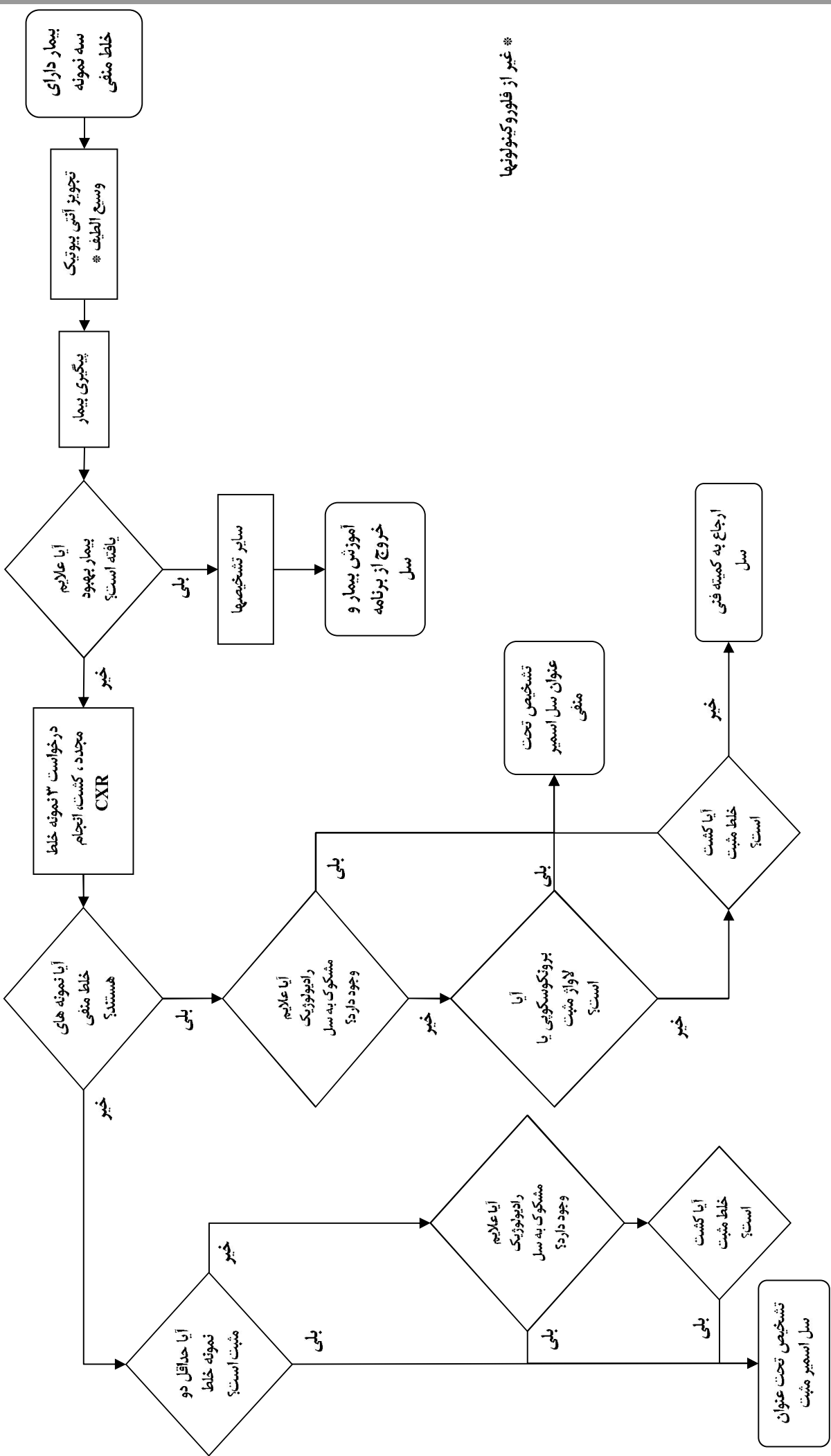
\* در خانه بهداشت سه برگ فرم شماره ۱ تکمیل میشود که یک برگ در خانه بهداشت و یک برگ در مرکز بازرگانی میشود و برگ دیگر به آزمایشگاه ارسال میشود.

\*\* در صورت عدم مراجعه بیمار بعد از تماس با او نمونه خلط گرفته شده جهت بررسی توسط آزمایشگاه ارسال شود

# فرآیند اخذ نمونه خلط توسط آزمایشگاه و بررسی آن



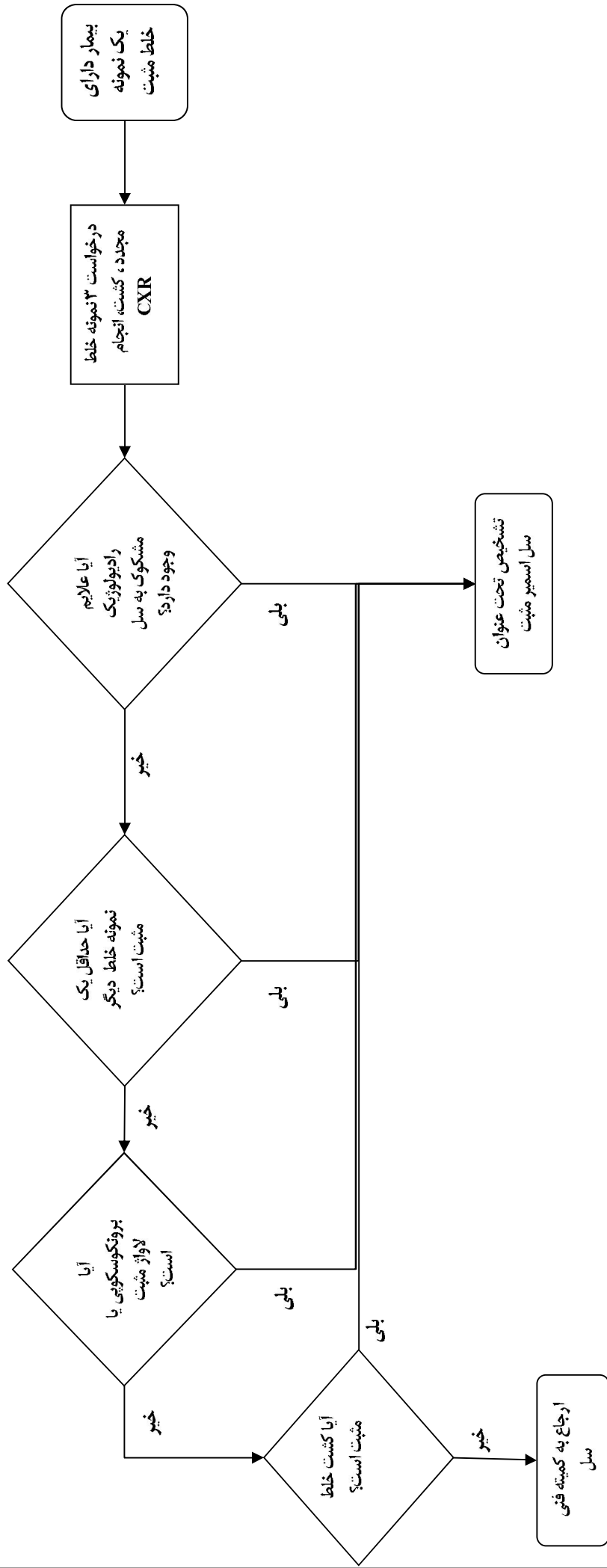
# فرآیند بررسی بیشتر بیمار بزرگسال مشکوک به سل



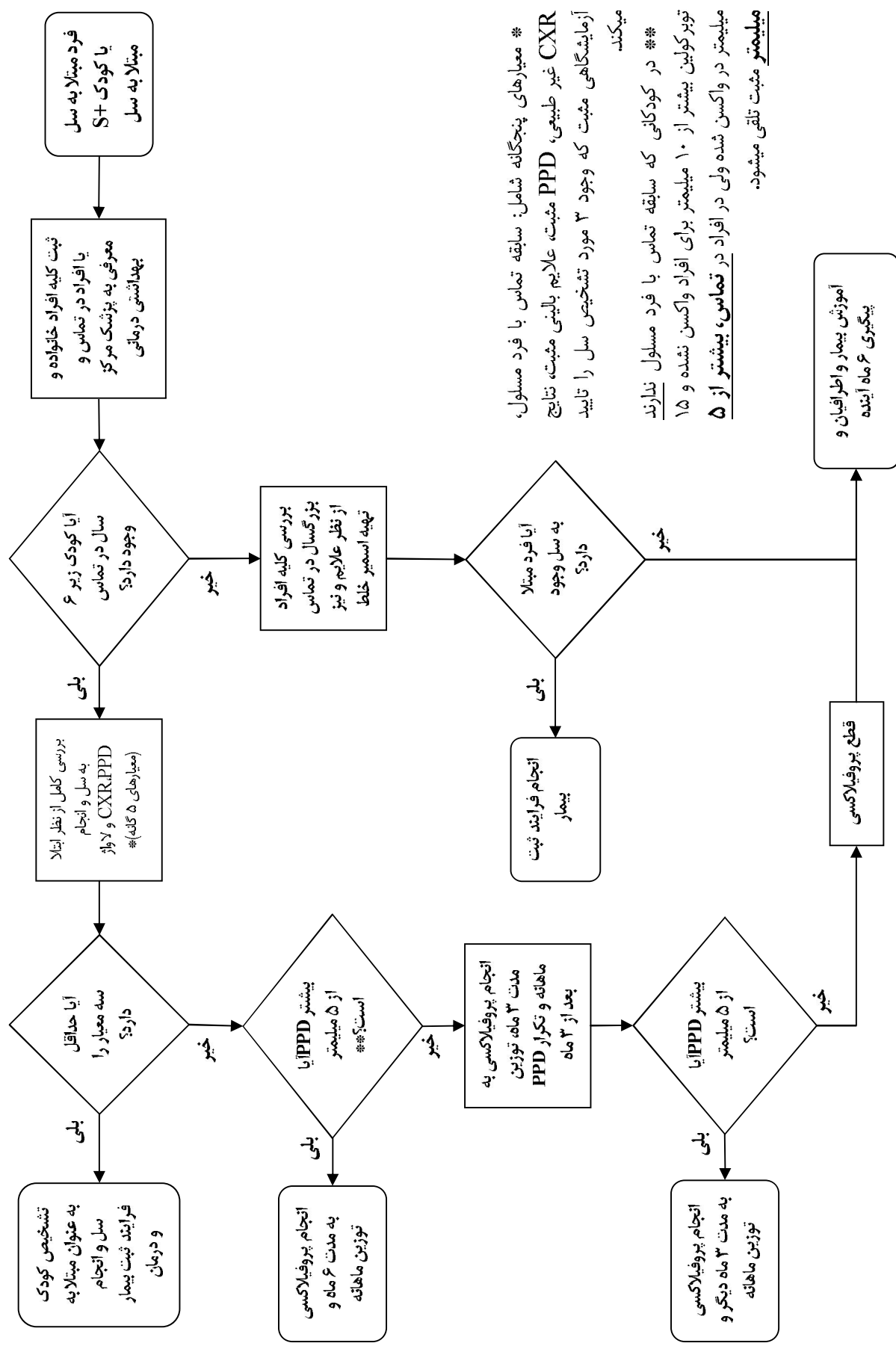
\* غیر از فلوروکینولونها



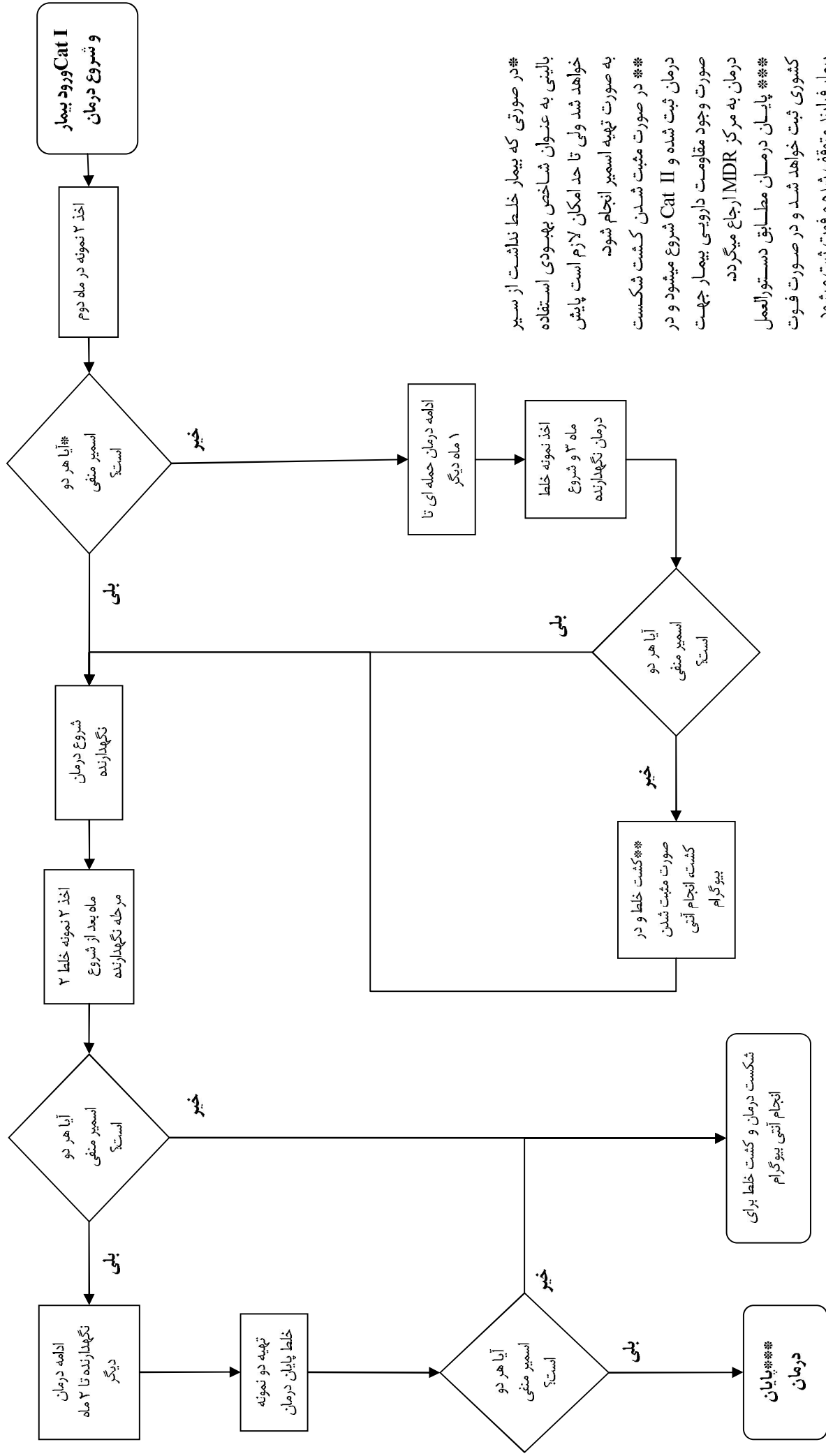
# فرآیند بررسی بیشتر بیمار بزرگسال مشکوک به سل



## فرآیند پیگیری اطرافیان مبتلا به سل اسمیر مثبت و یا کودک مبتلا به سل



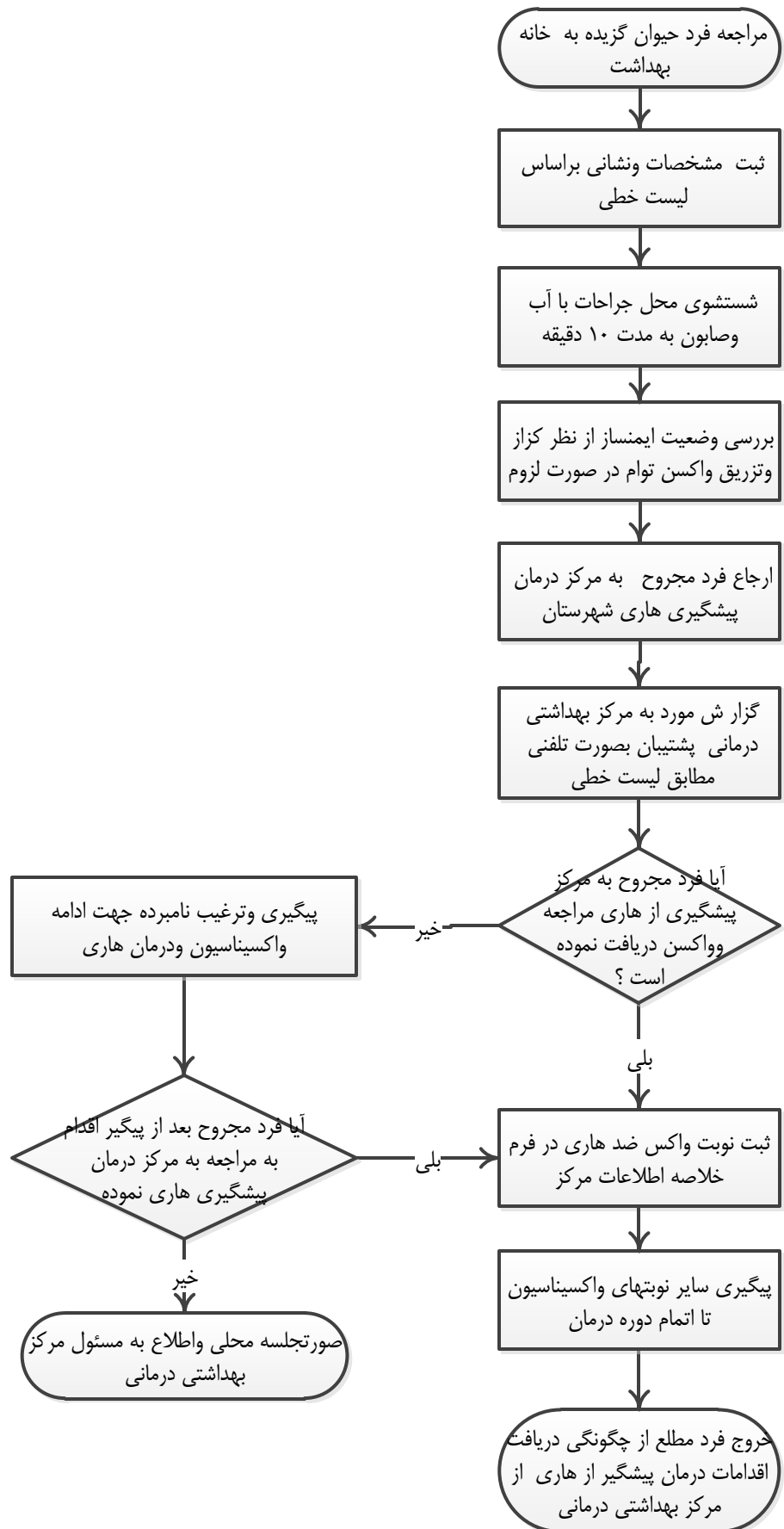
# فرآیند پیگیری و درمان بیمار اسمیر مثبت تحت درمان Cat I



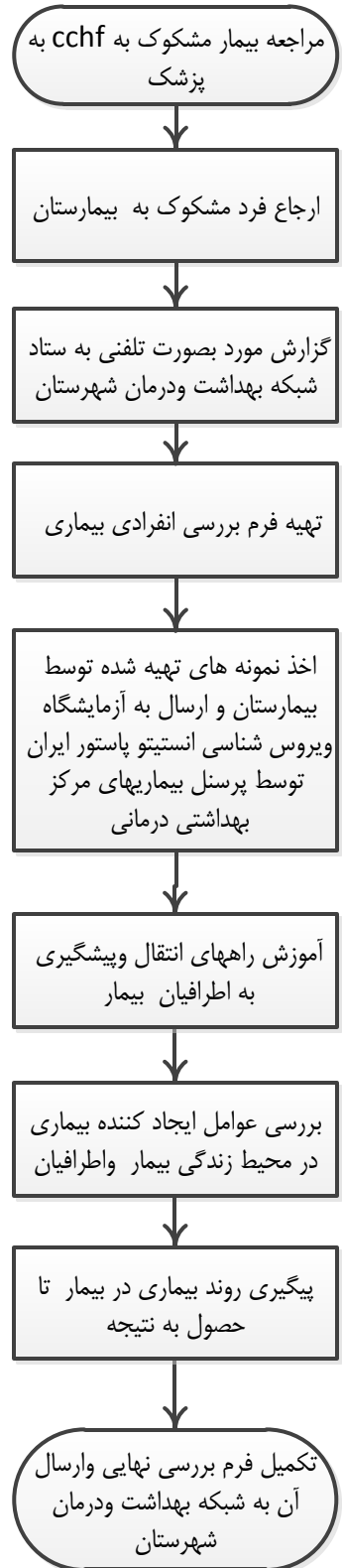
\*در صورتی که بیمار خاخطا نداشت از سیر بالینی به عنوان شاخص بهبودی استفاده خواهد شد ولی تا حد امکان لازم است پایش به صورت تهیه اسمیر انجام شود.  
 \*\*در صورت مثبت شدن کشت شکست درمان ثبت شده و Cat II شروع میشود و در صورت وجود مقاومت دارویی بیمار جهت درمان به مرکز MDR ارجاع میگردد.  
 \*\*\*پایان درمان مطابق دستورالعمل کشوری ثبت خواهد شد و در صورت فوت بیمار فرایند متوقف شده و فوت ثبت میشود.



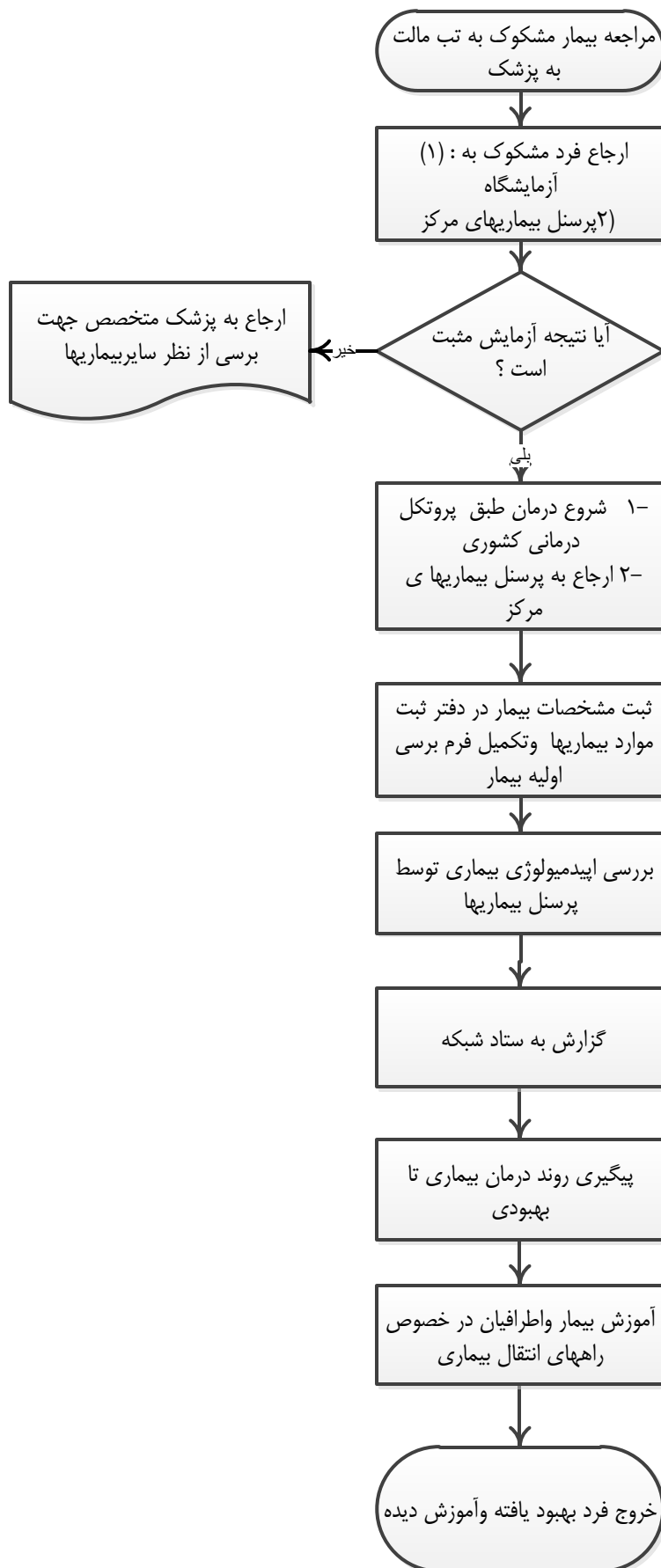
## فرآیند مراقبت از موارد حیوان گزیده در مرکز بهداشتی درمانی



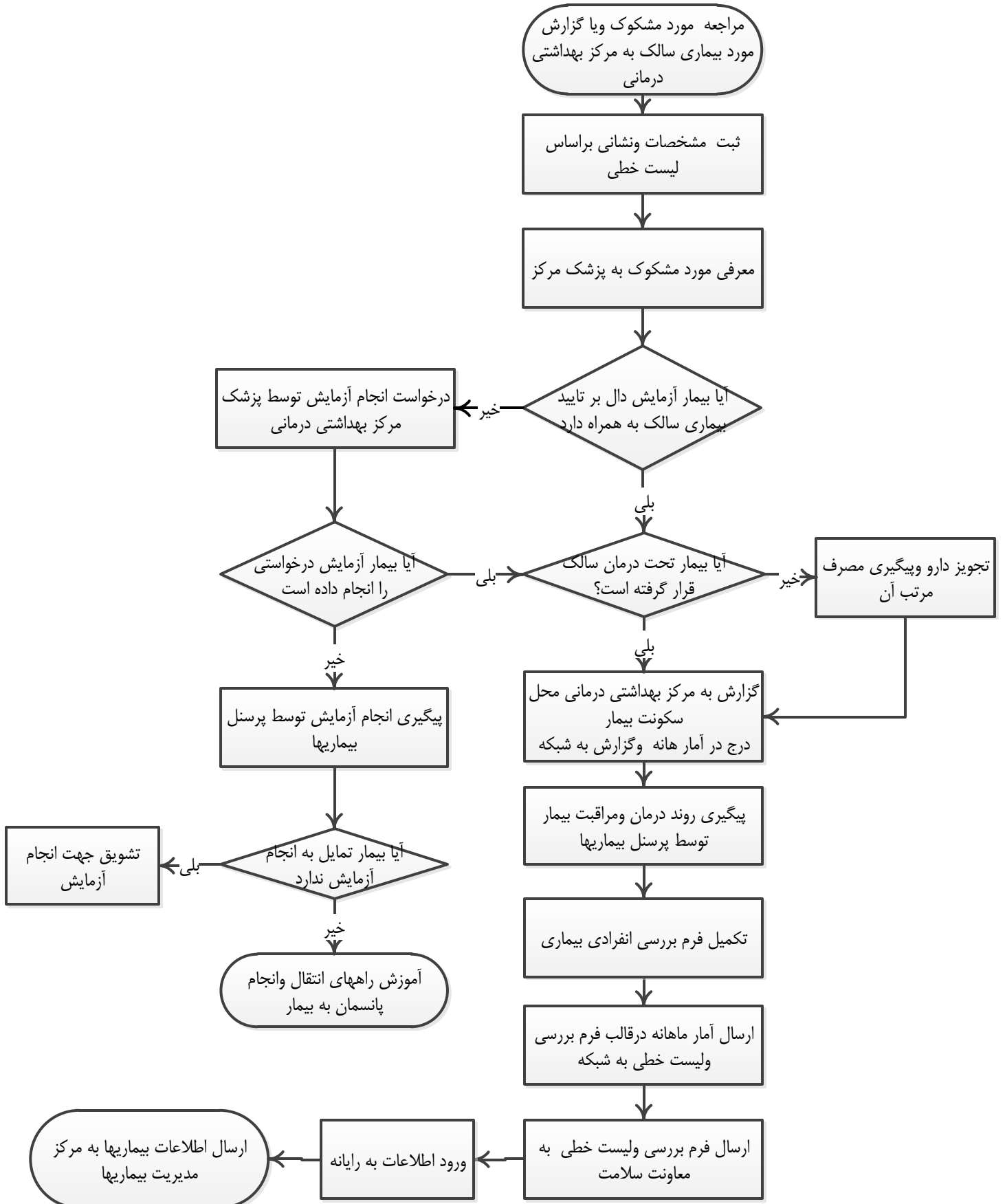
## فرآیند مراقبت از بیماری تب مالت



## فلوجارت مراقبت از بیماری تب مالت

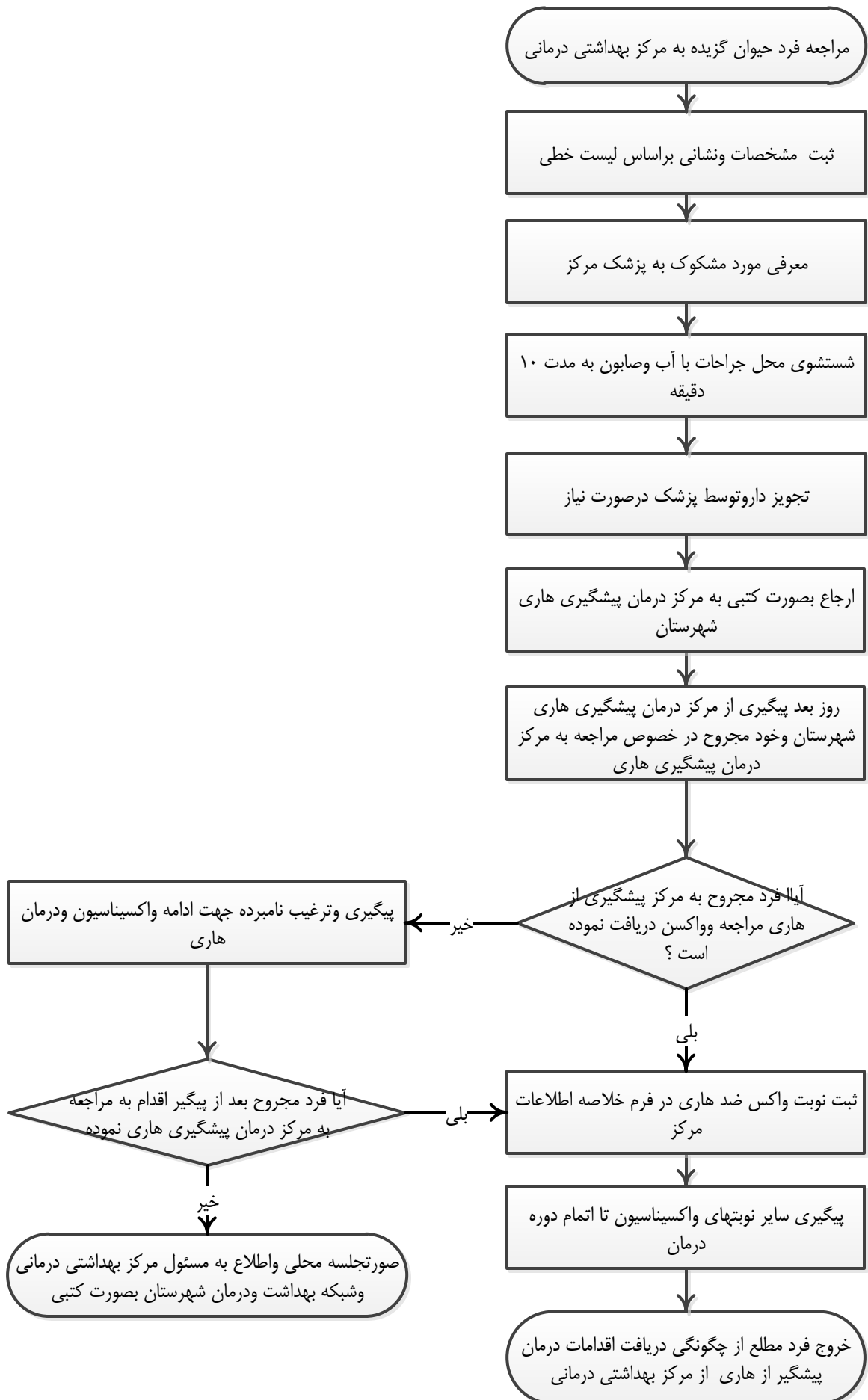


## فلوچارت مراقبت از بیماری سالک

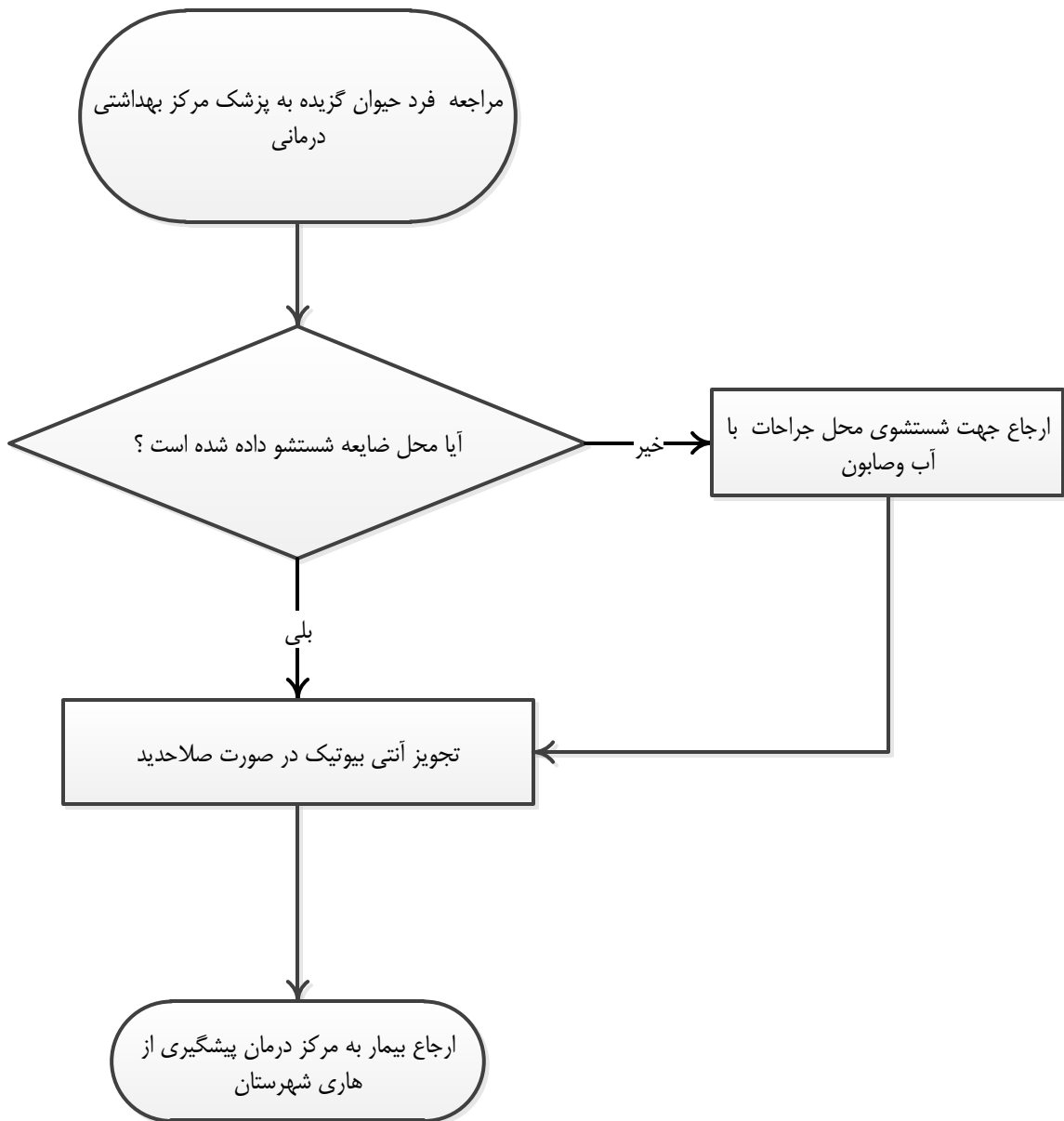




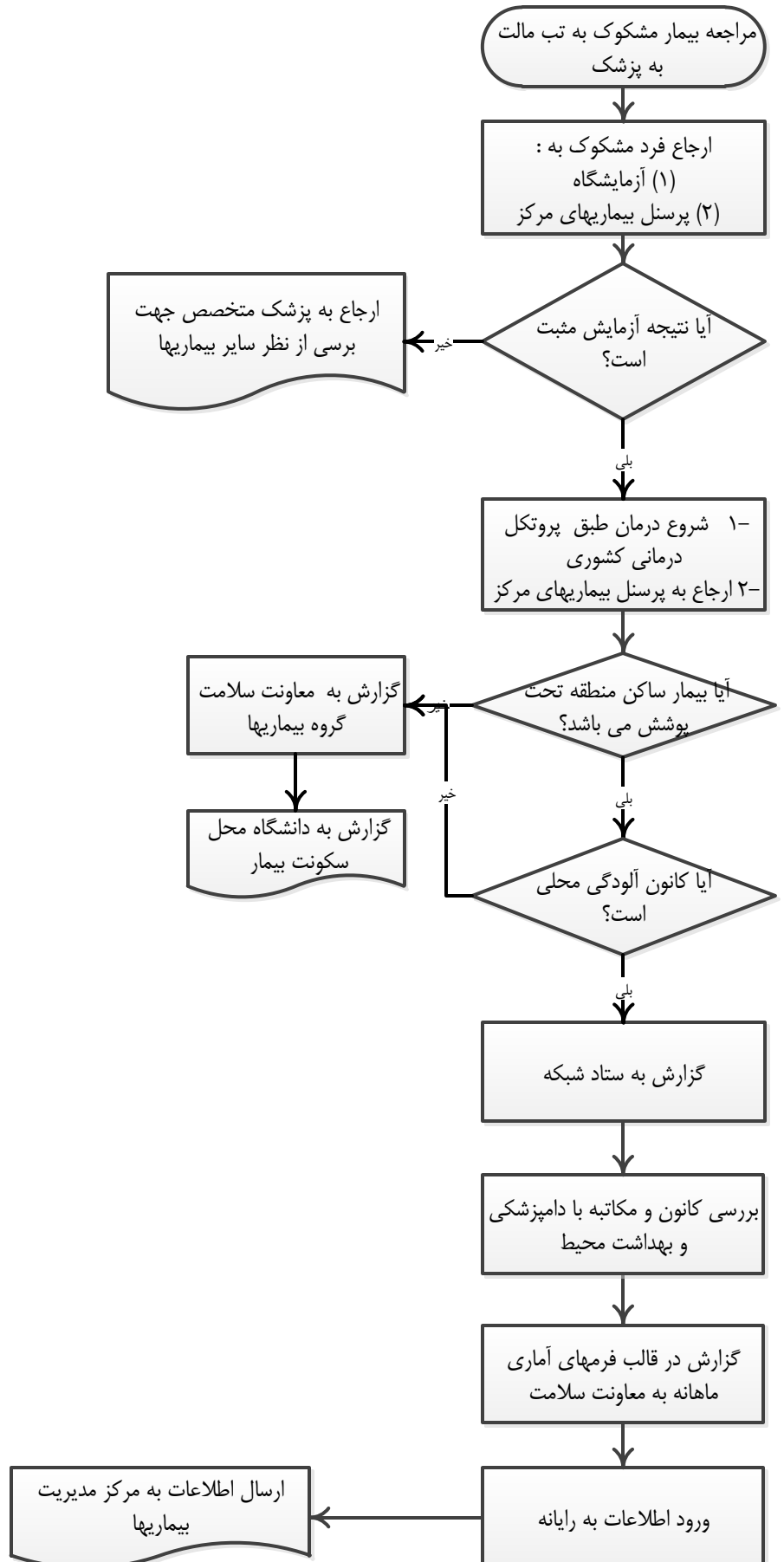
## فرآیند مراقبت از موارد حیوان گزیده در مرکز بهداشتی درمانی



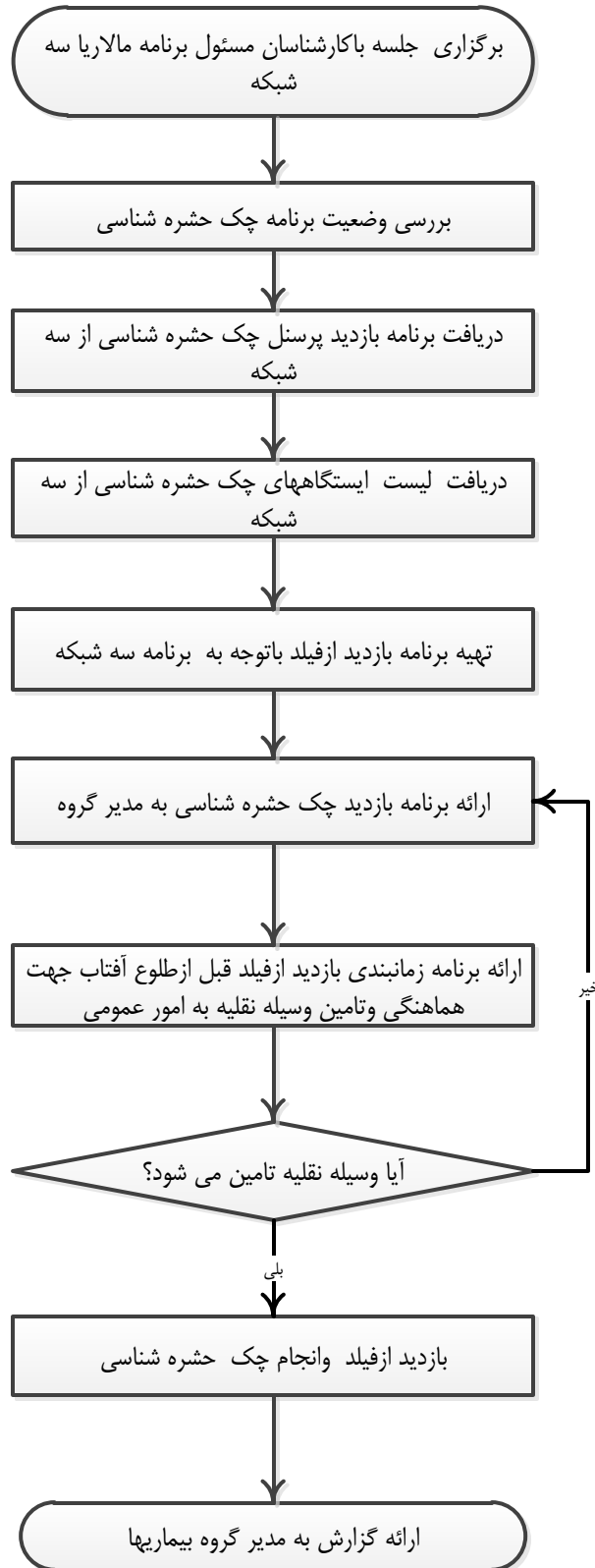
## فرآیند برخورد با حیوان گزیده توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی



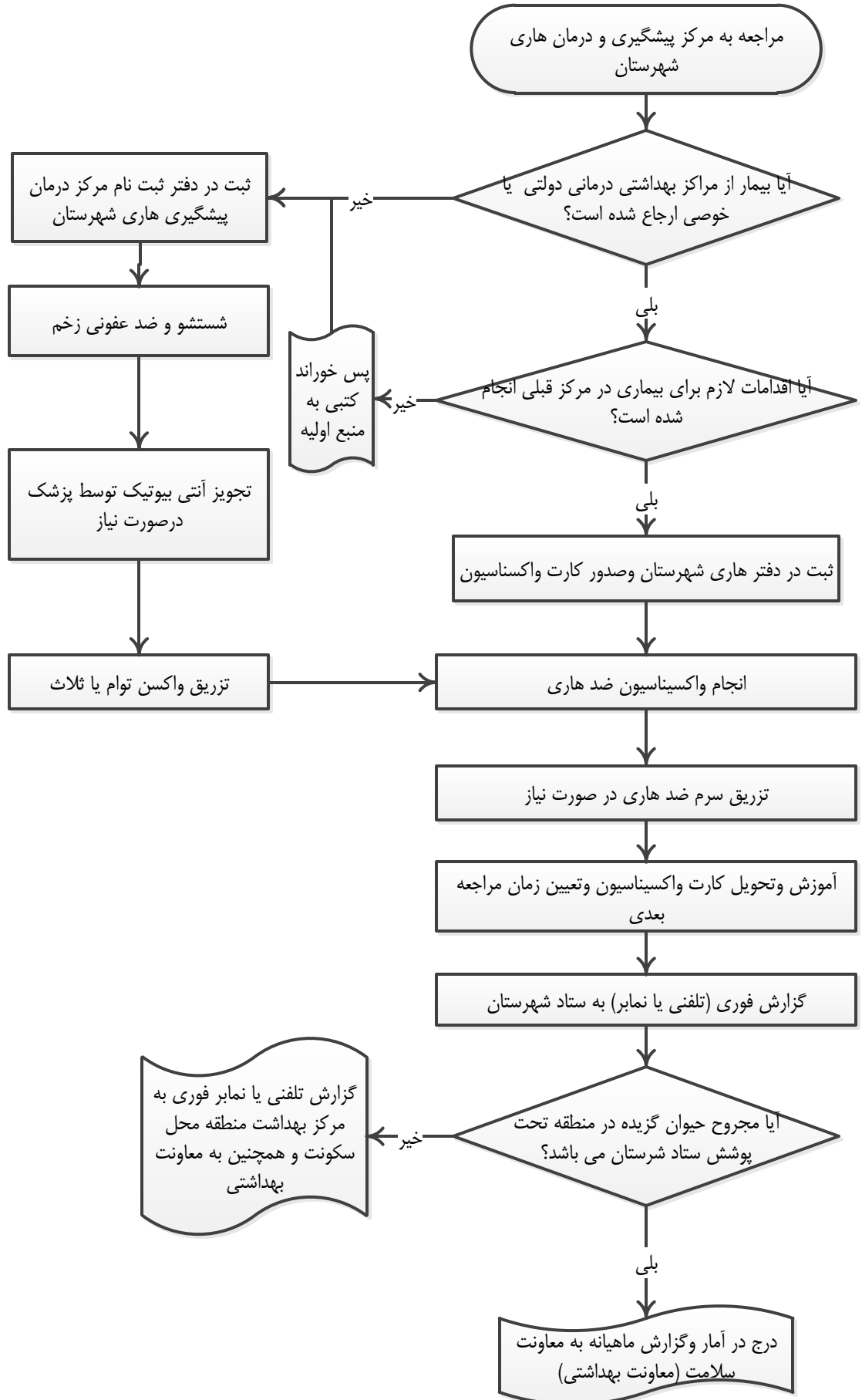
## فرآیند مراقبت از بیماری تب مالت



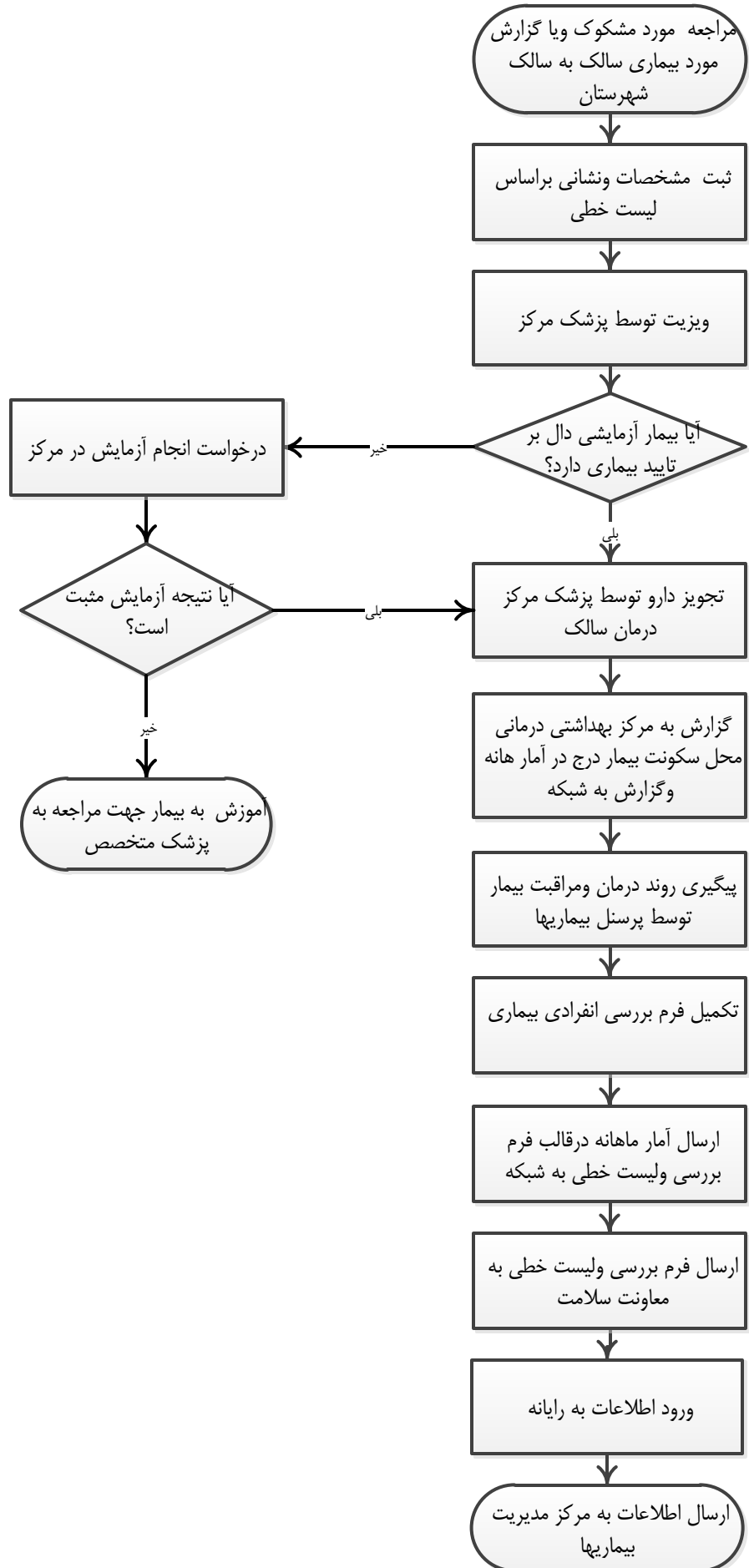
## فرآیند برنامه چک حشره شناسی



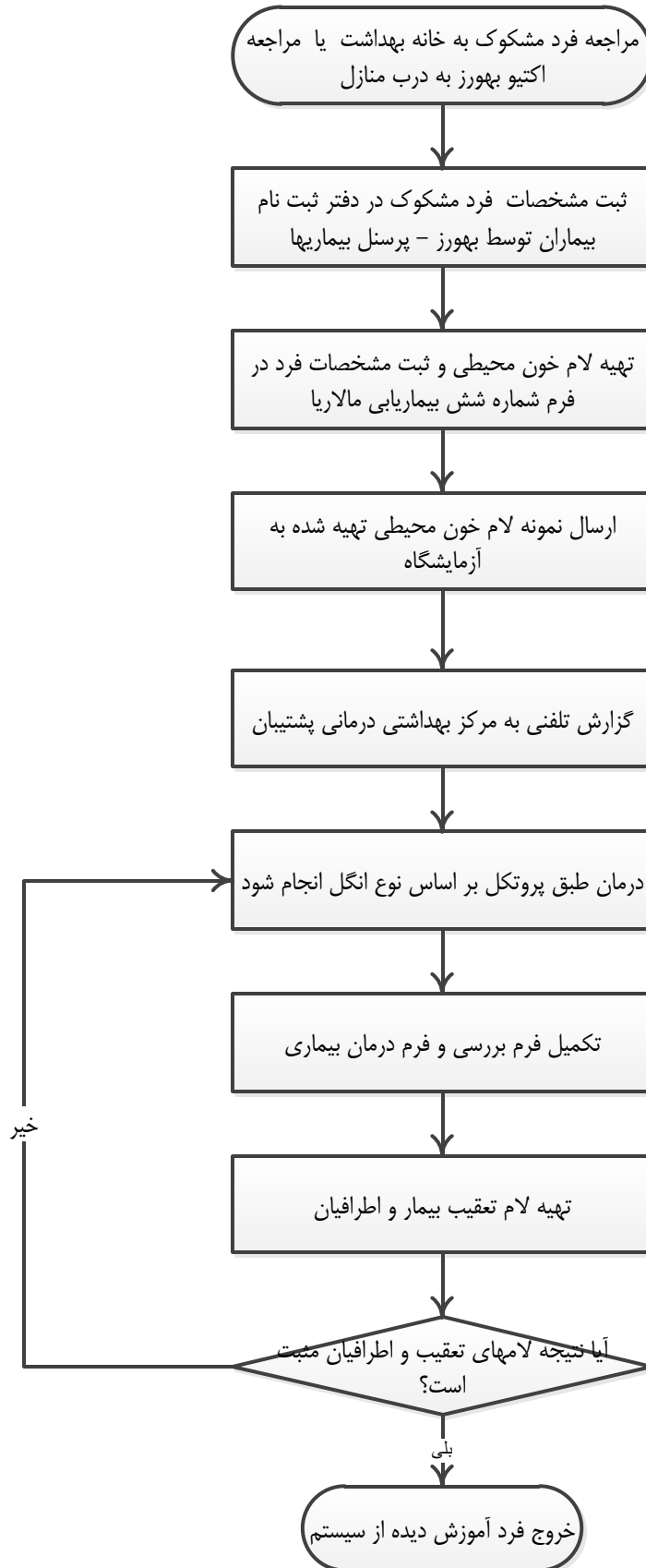
## فرآیند مجروحین حیوان گزیده



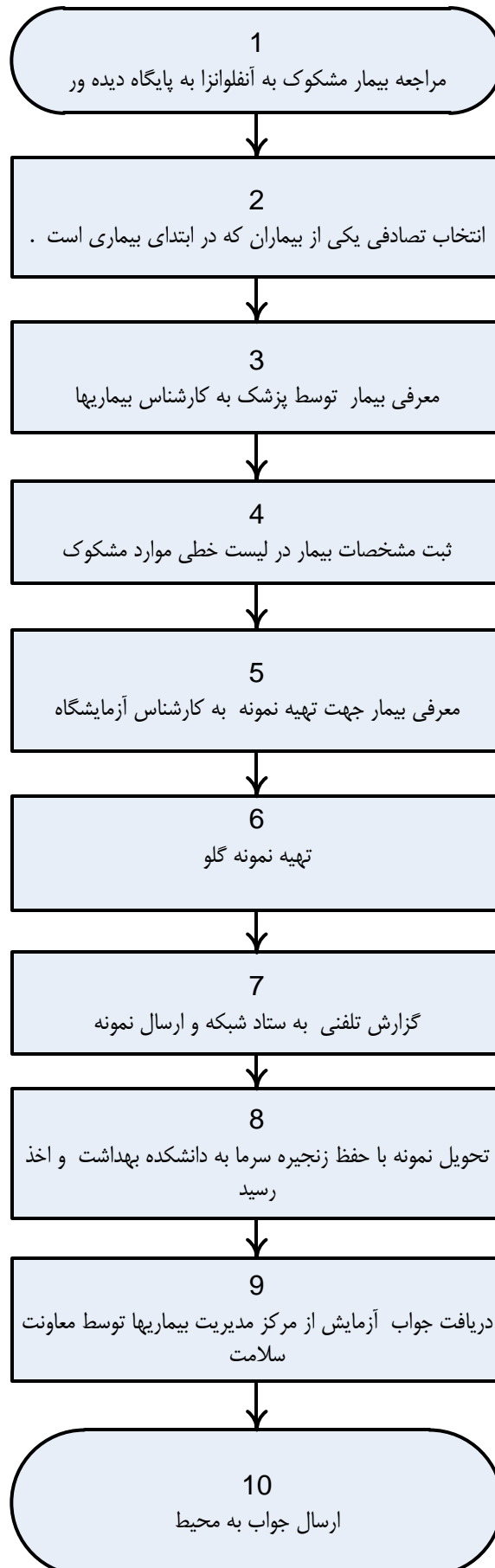
## فرآیند مراقبت از بیماری سالک در سطح شهرستان



## فرآیند بیماریابی مالاریا در مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت

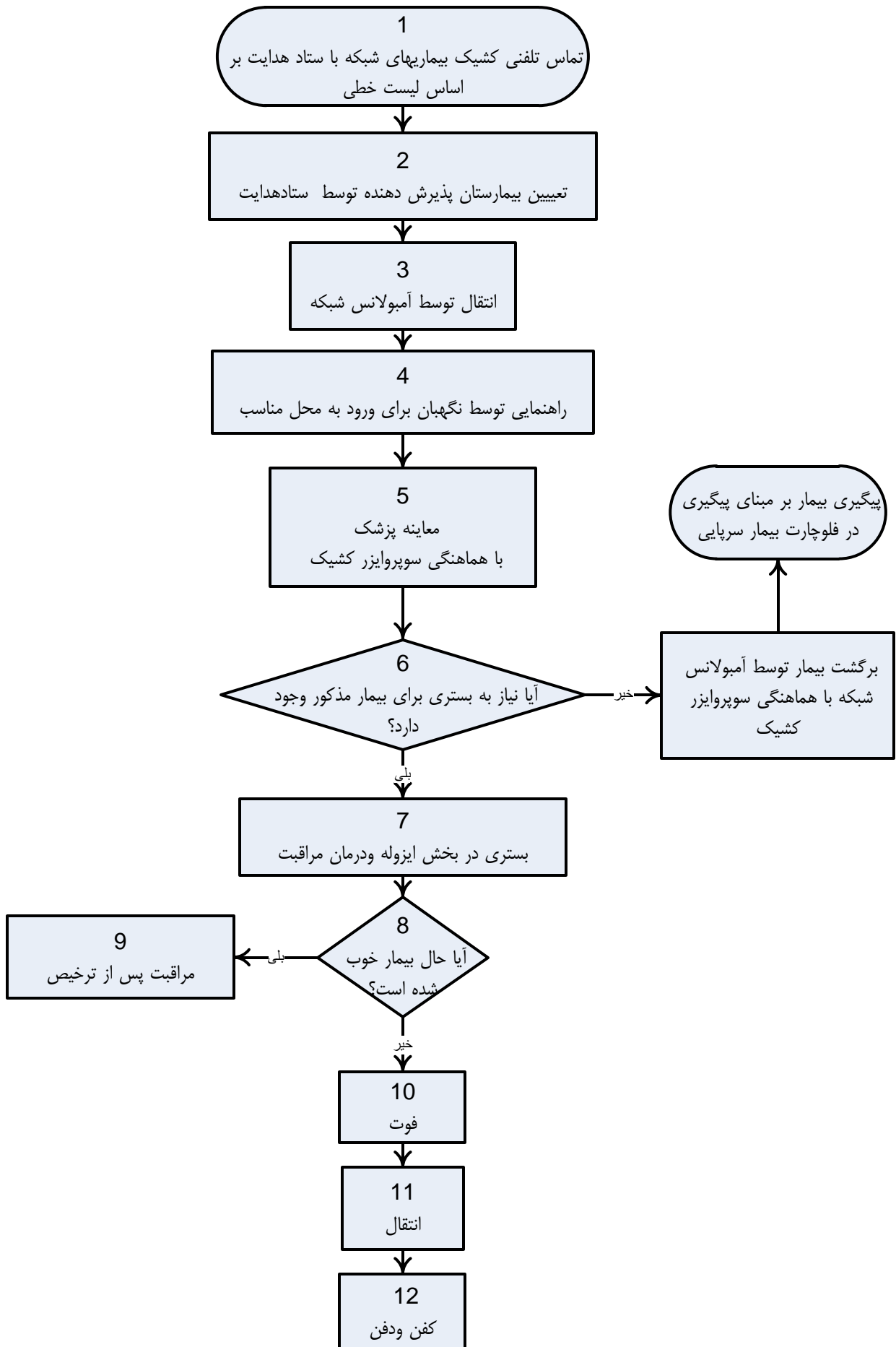


## فرآیند مراجعه بیمار مشکوک به آنفلوانزا به پایگاه دیده ور

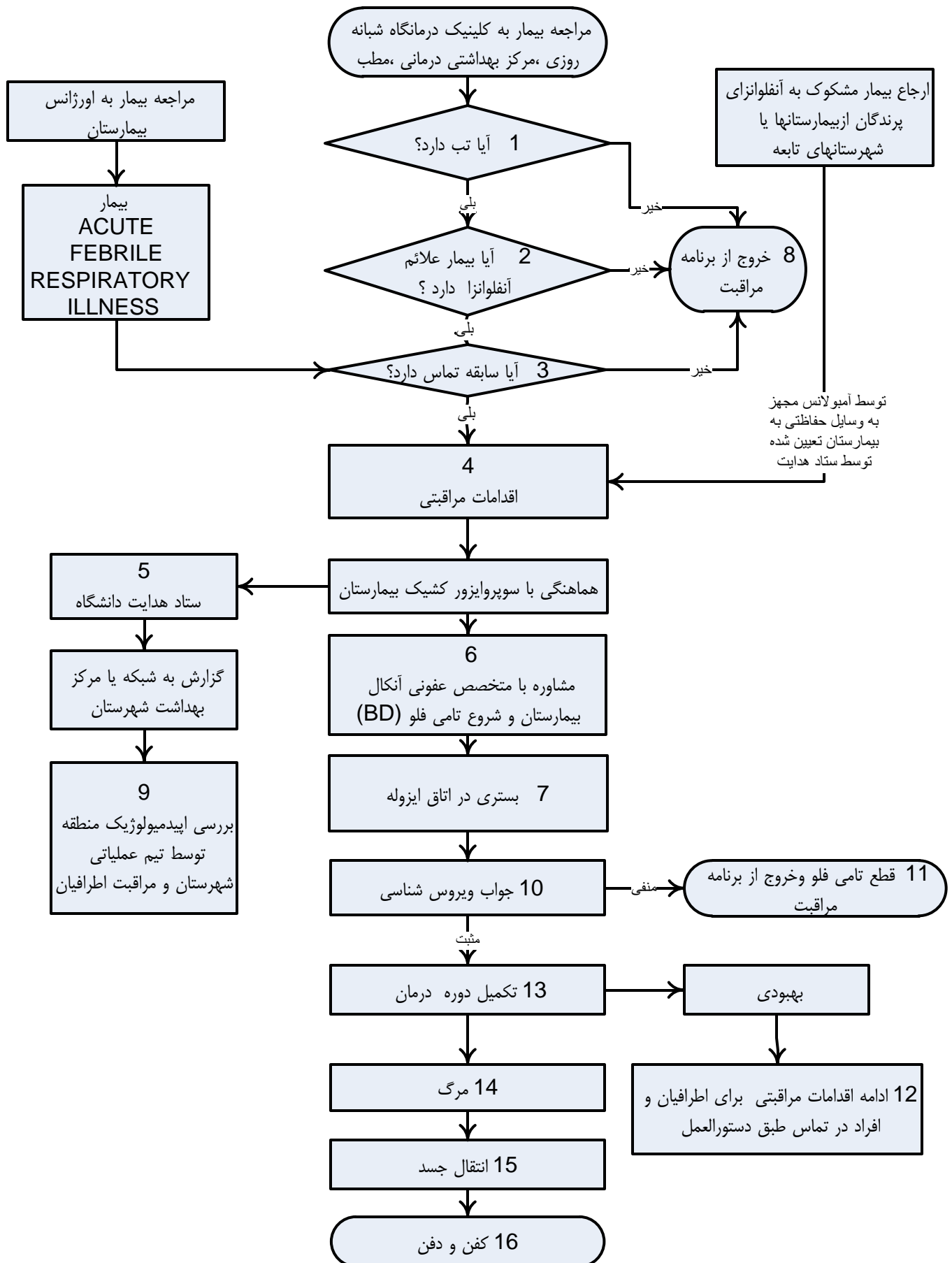




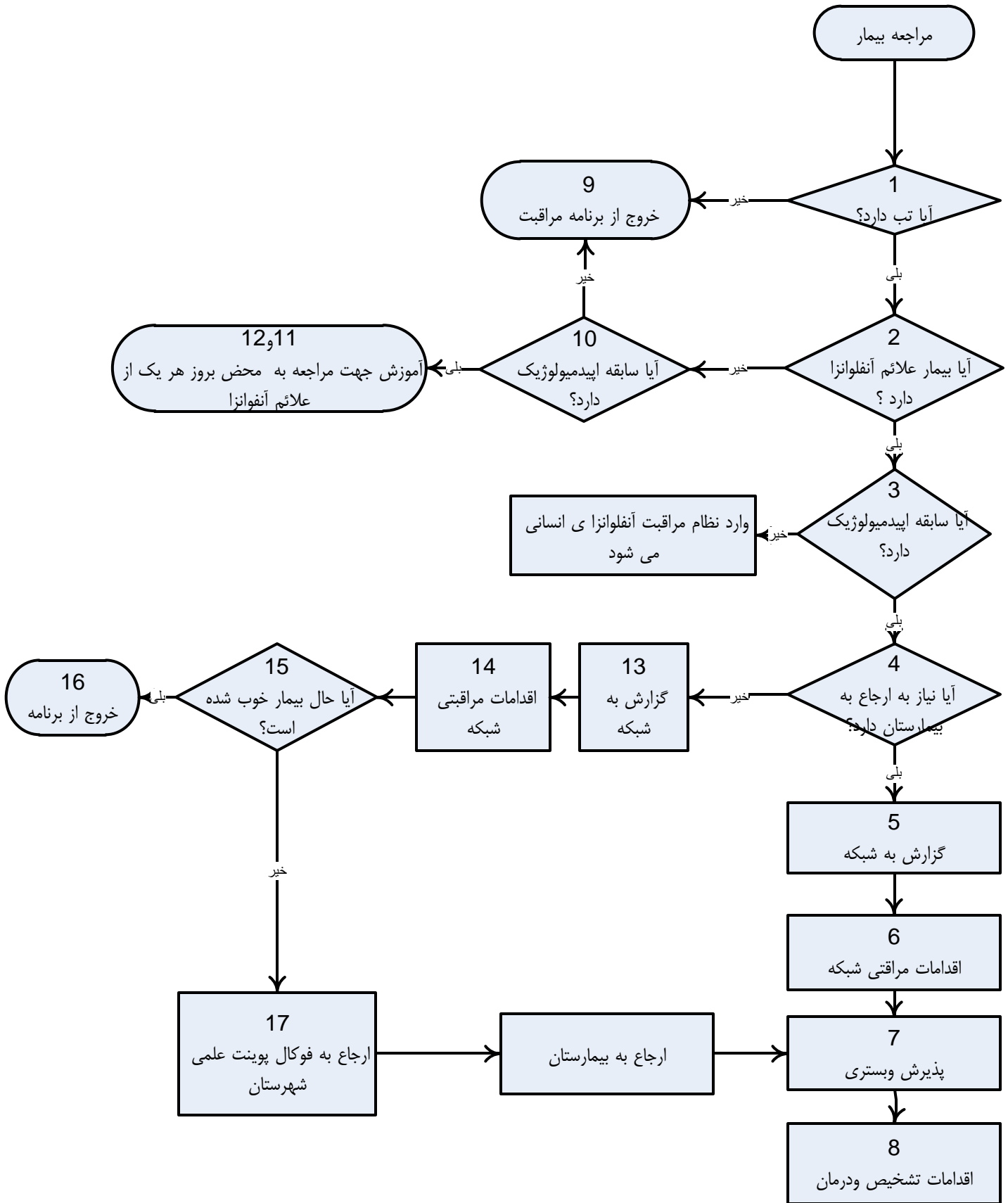
## فرآیند پذیرش و بستری بیمار مبتلا به آنفلوانزا



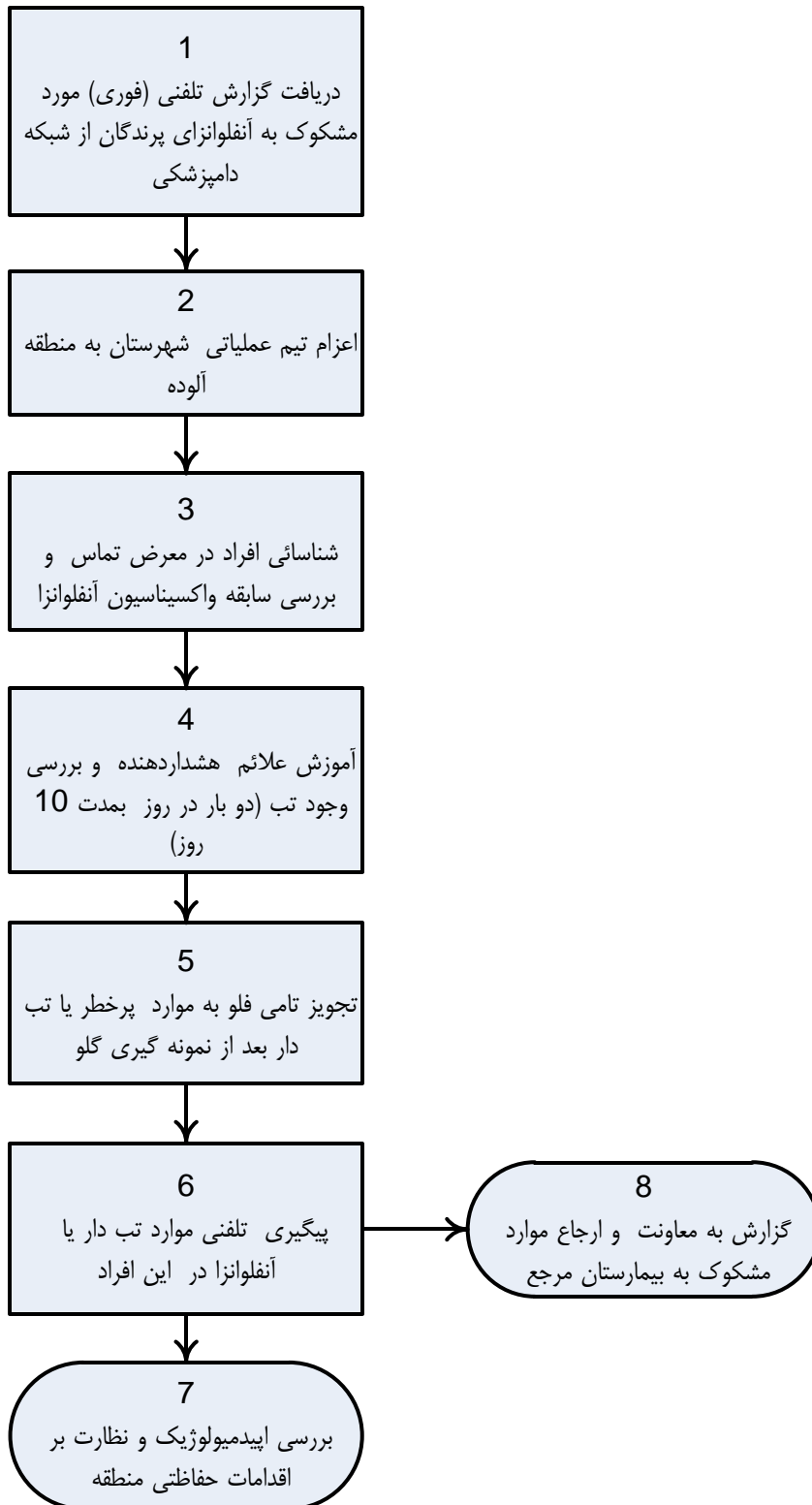
## فرآیند برخورد با بیمار مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان



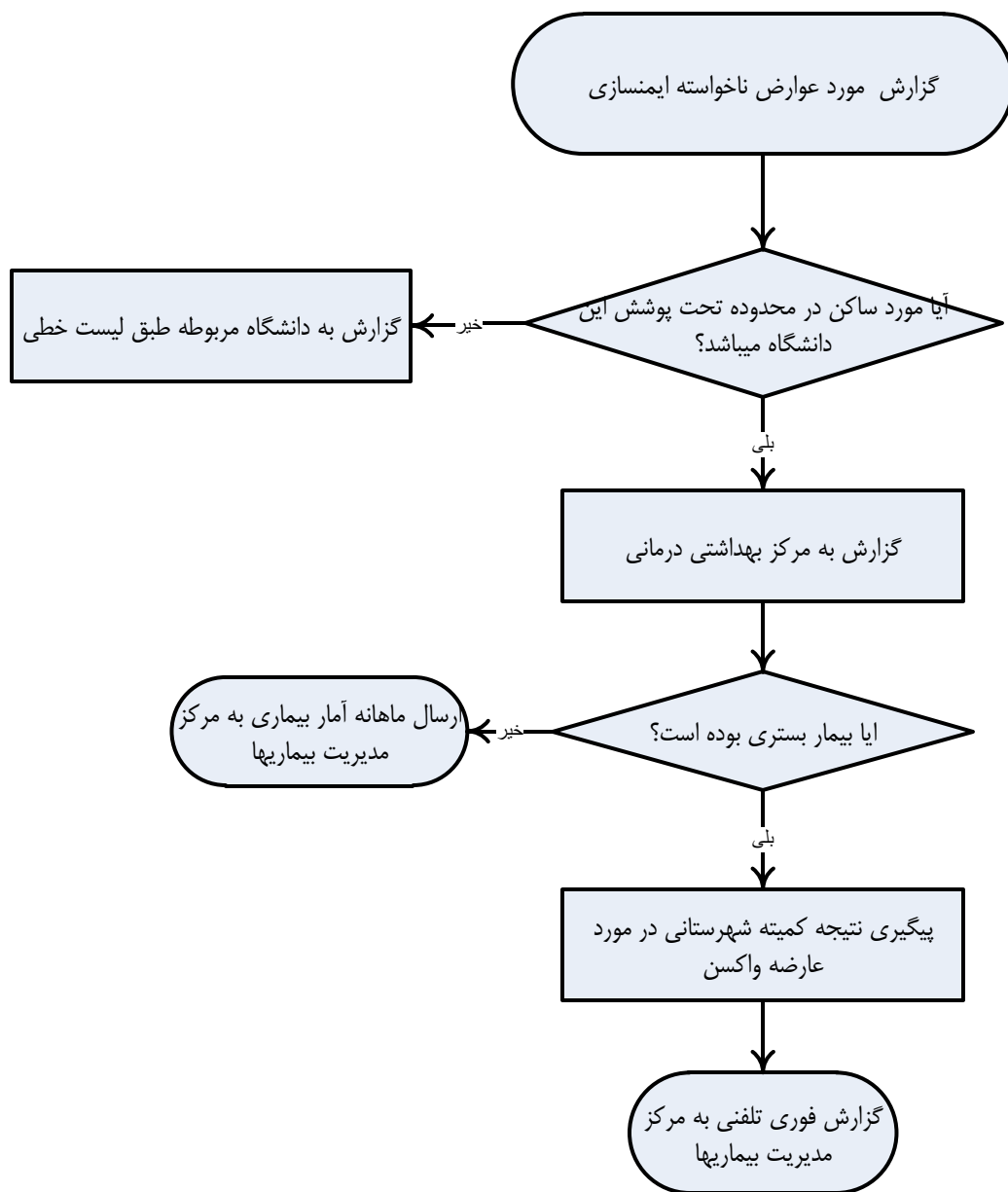
## فرآیند برخورد با بیمار مبتلا به آنفلوآنزا



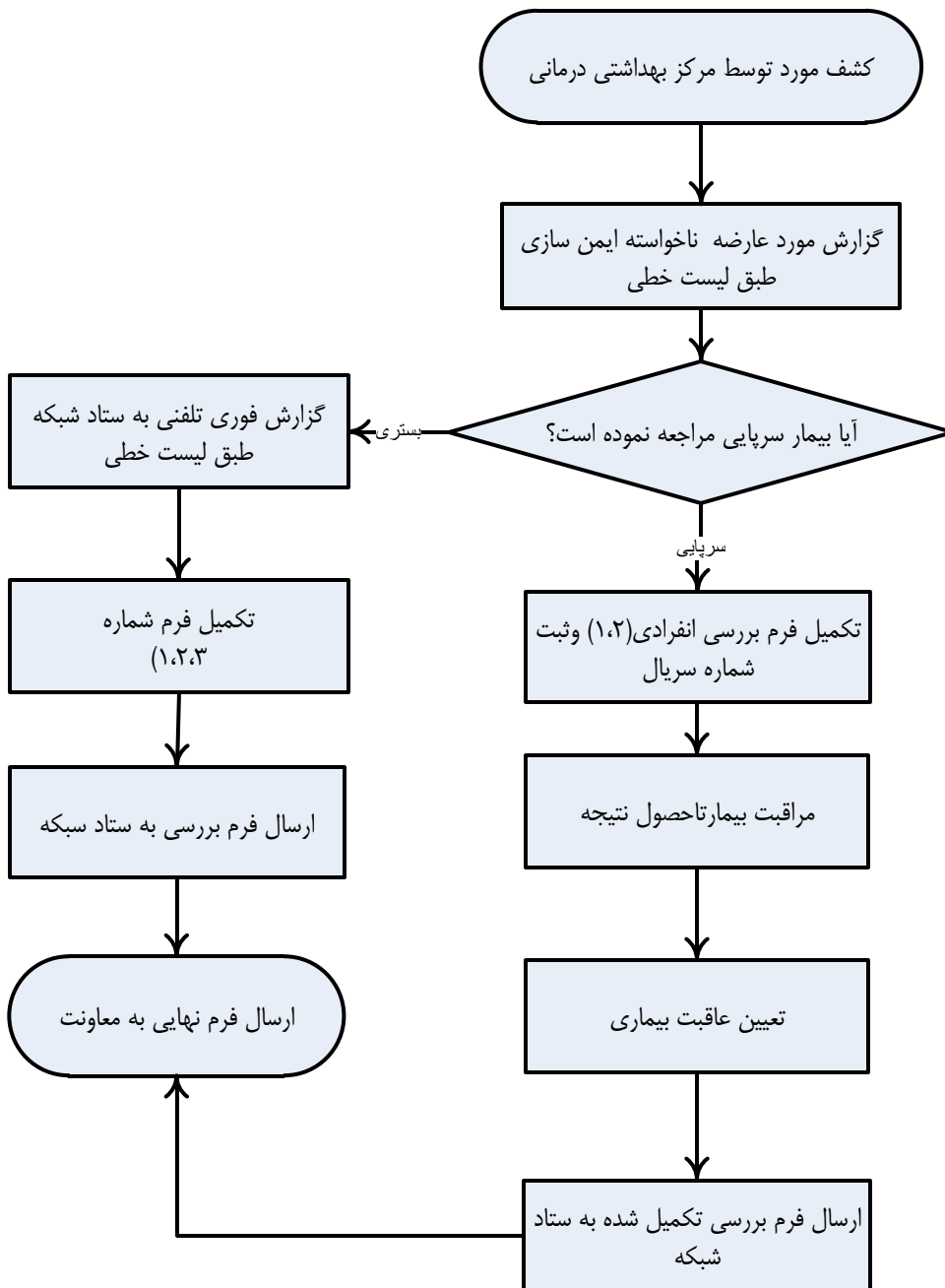
## گزارش



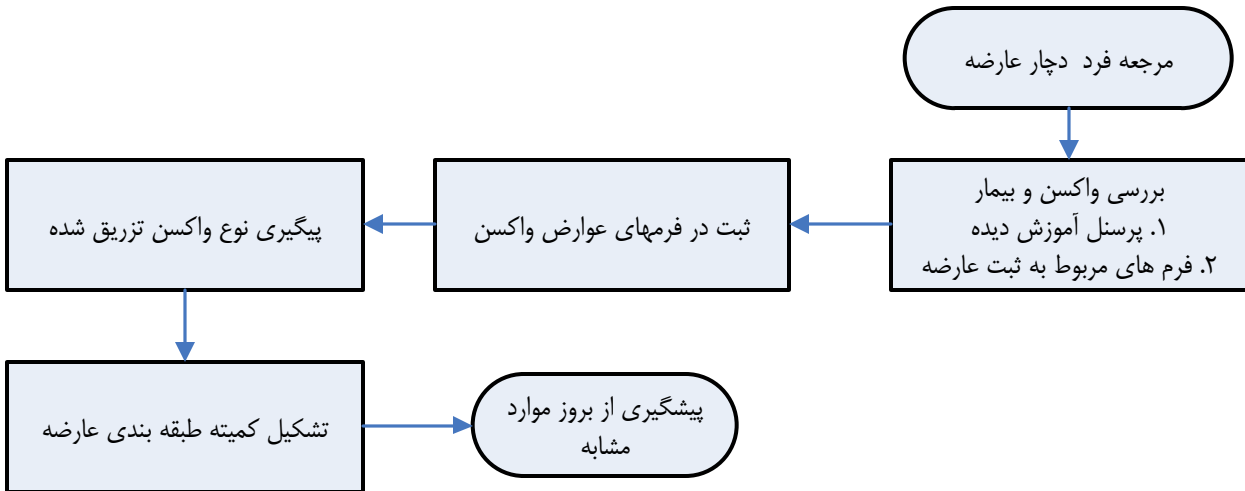
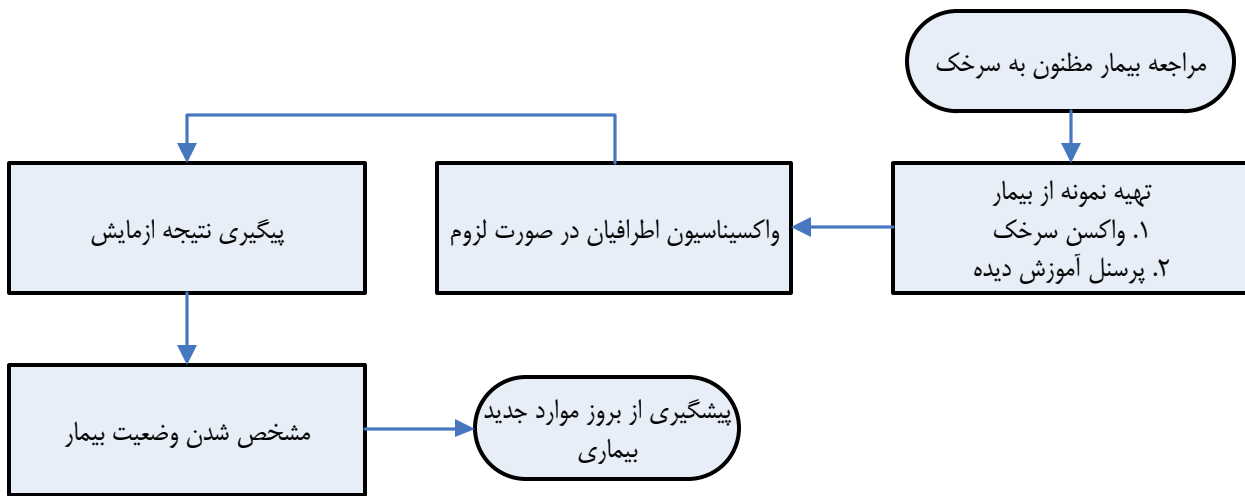
## فرآیند نظام مراقبت عوارض ناخواسته ایمنسازی (۲)



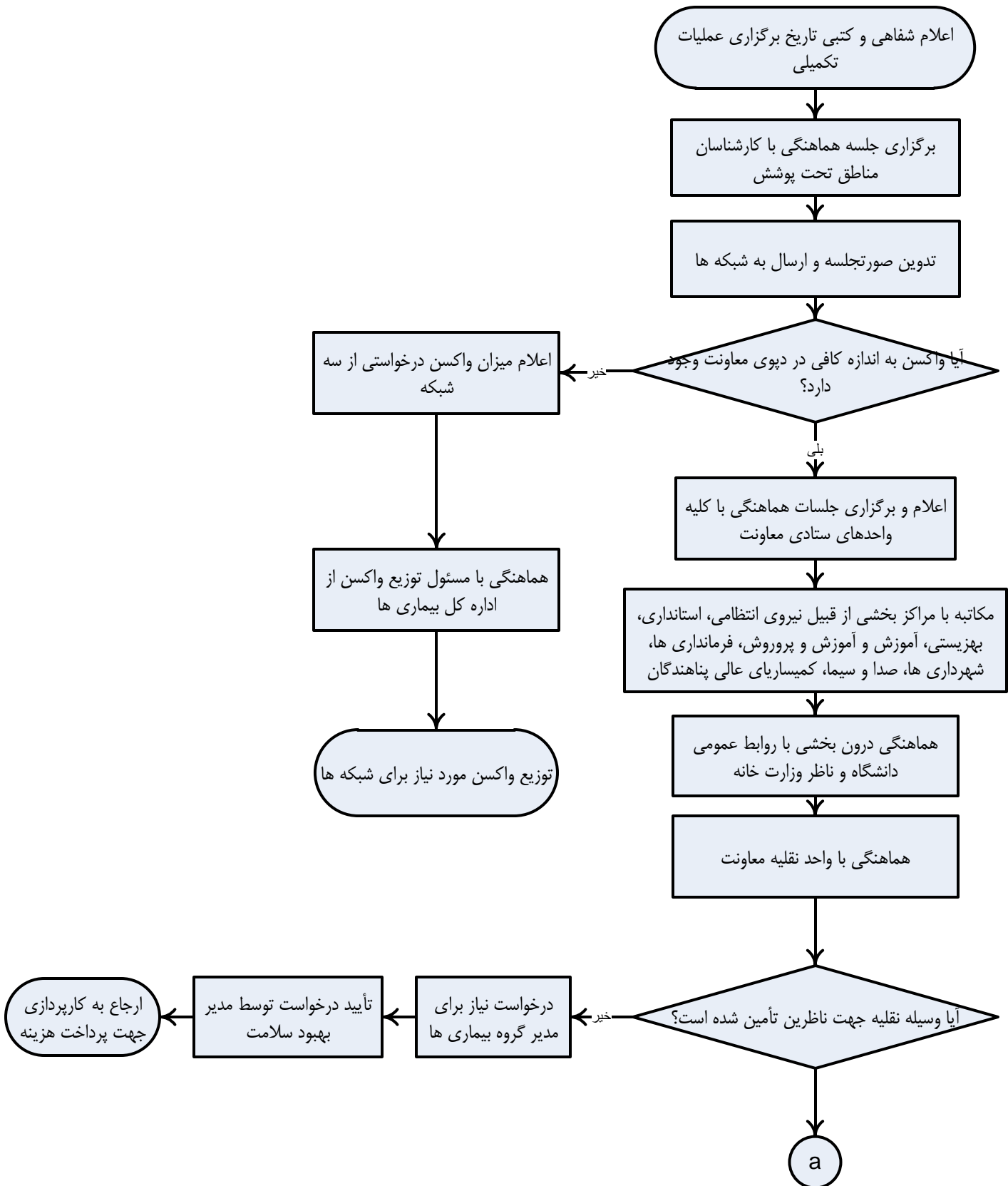
# فرآیند نظام مراقبت عوارض ناخواسته ایمن سازی (۱)



## نمودار استاندارد فعالیتهای جاری مراقبت از بیماری سرخک

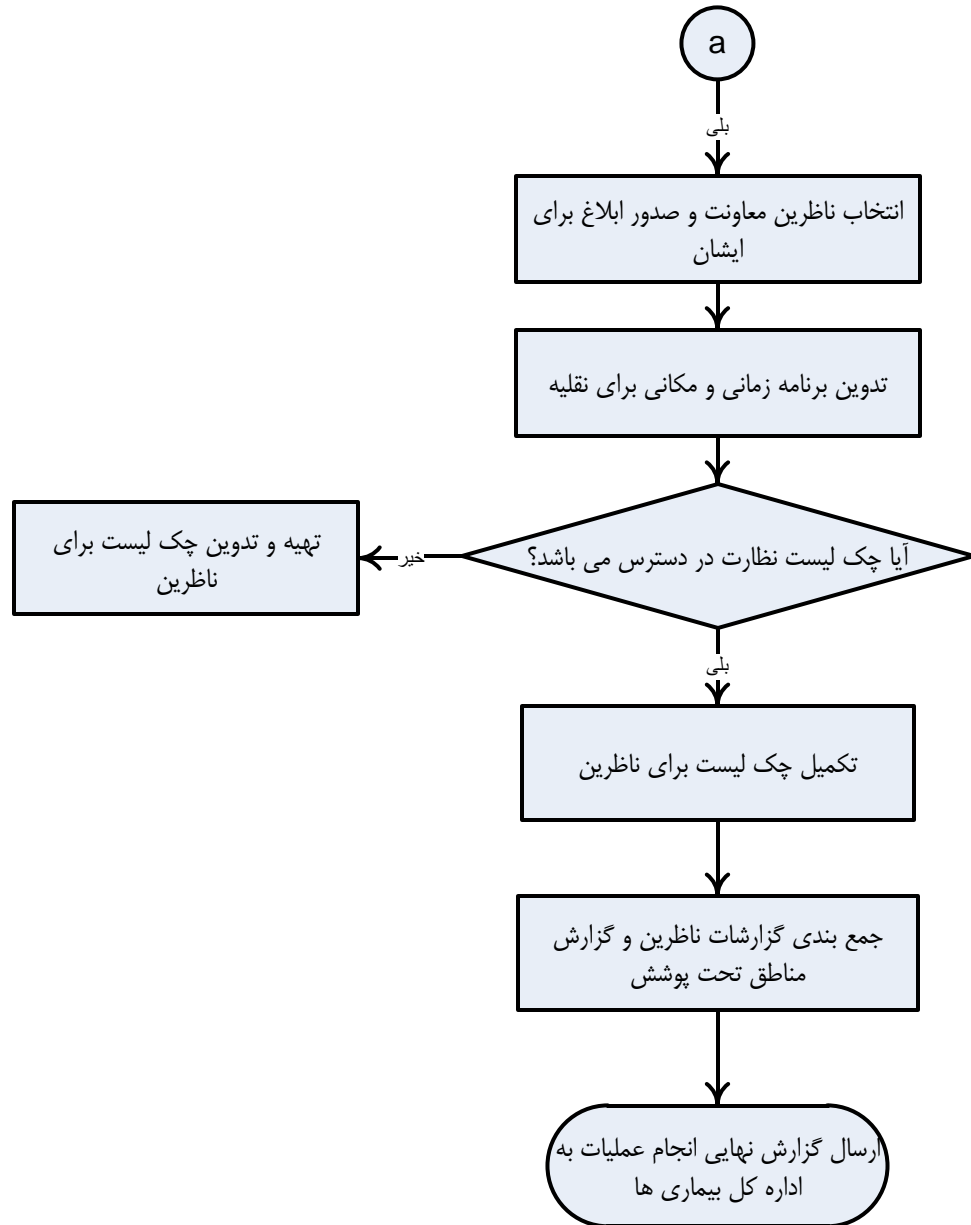


## فرآیند اجرای عملیات واکسیناسیون تکمیلی فلج اطفال (Mapping up)

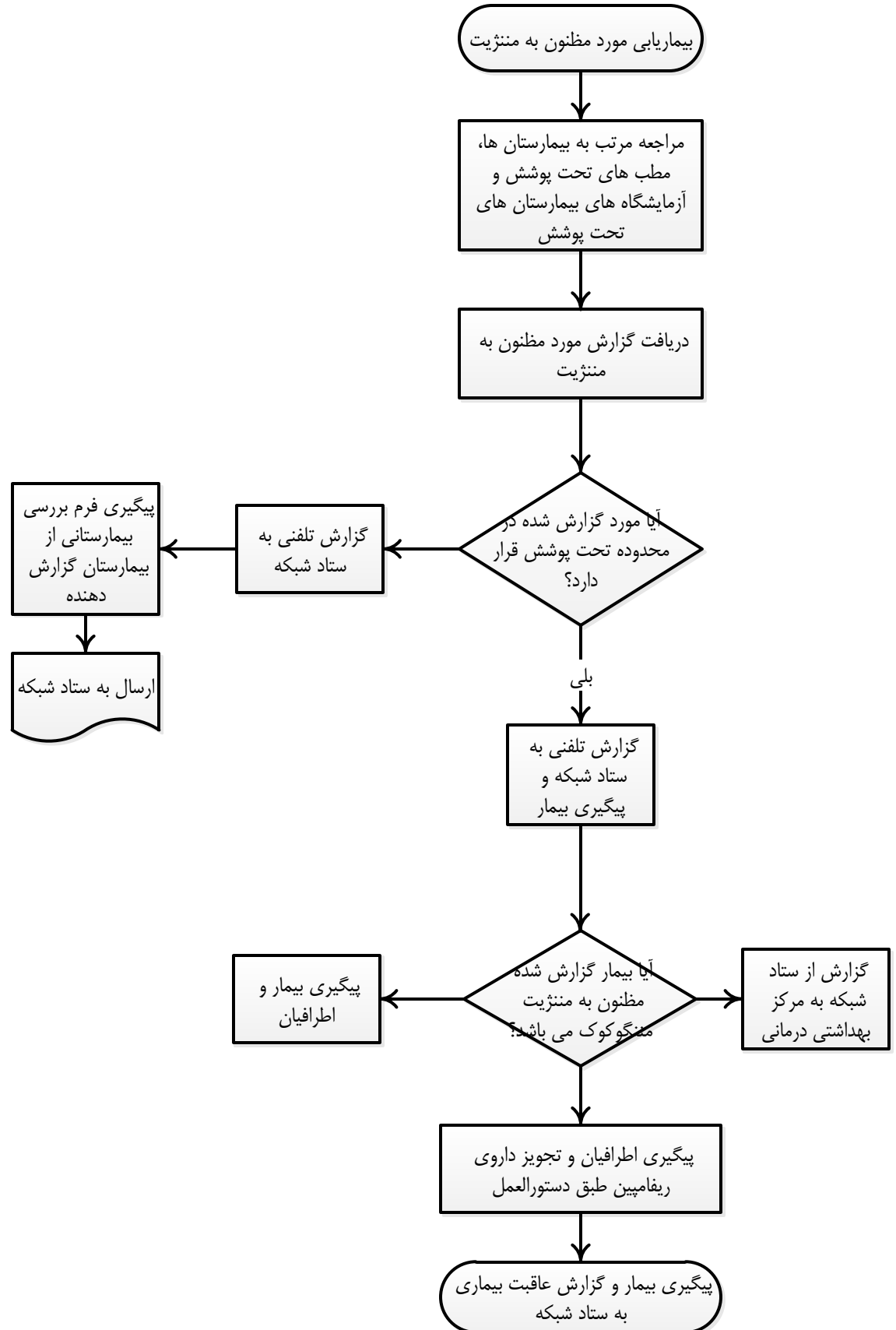




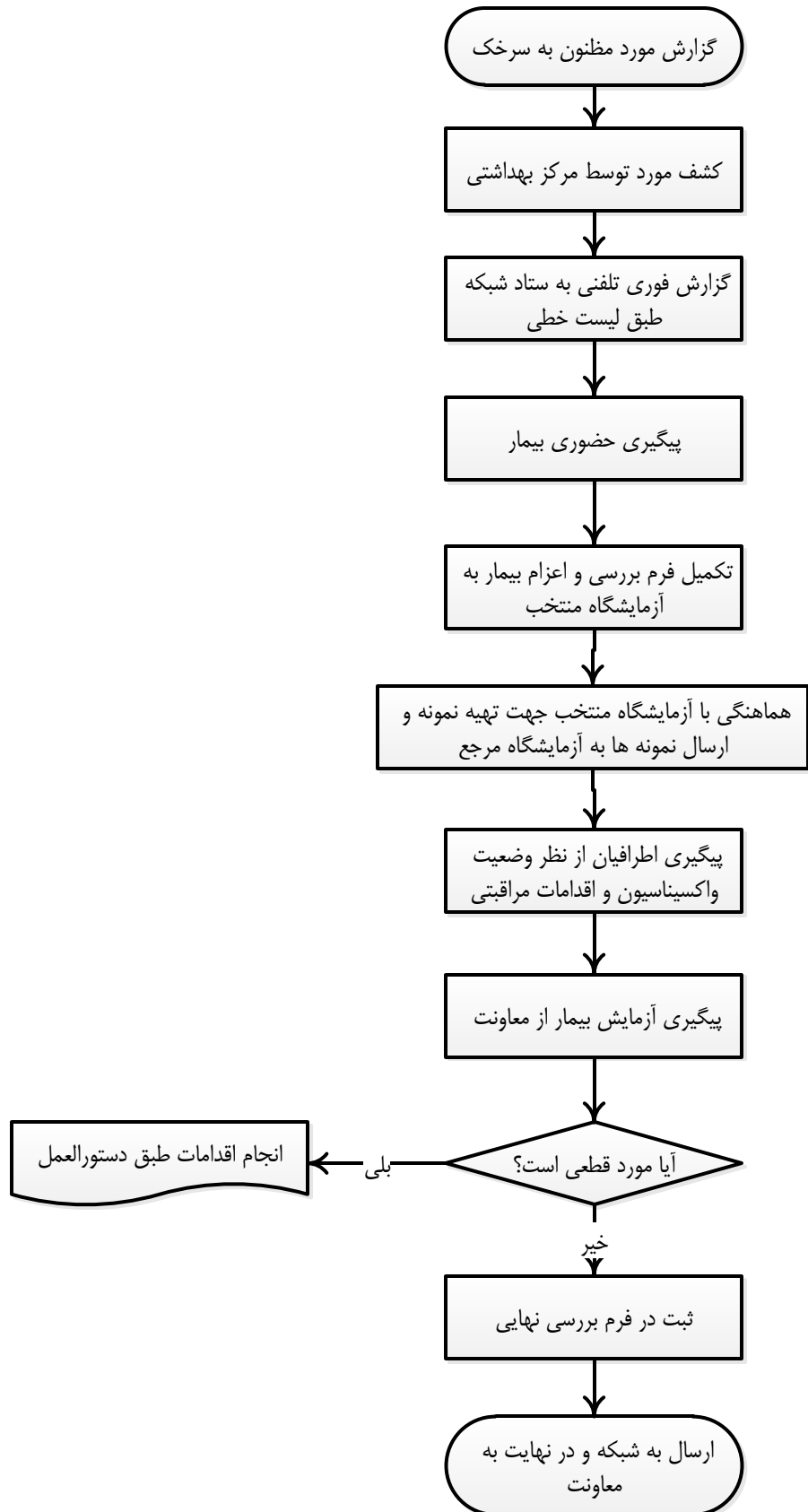
## فرآیند اجرای عملیات واکسیناسیون تکمیلی فلج اطفال (Mapping up) (ادامه)



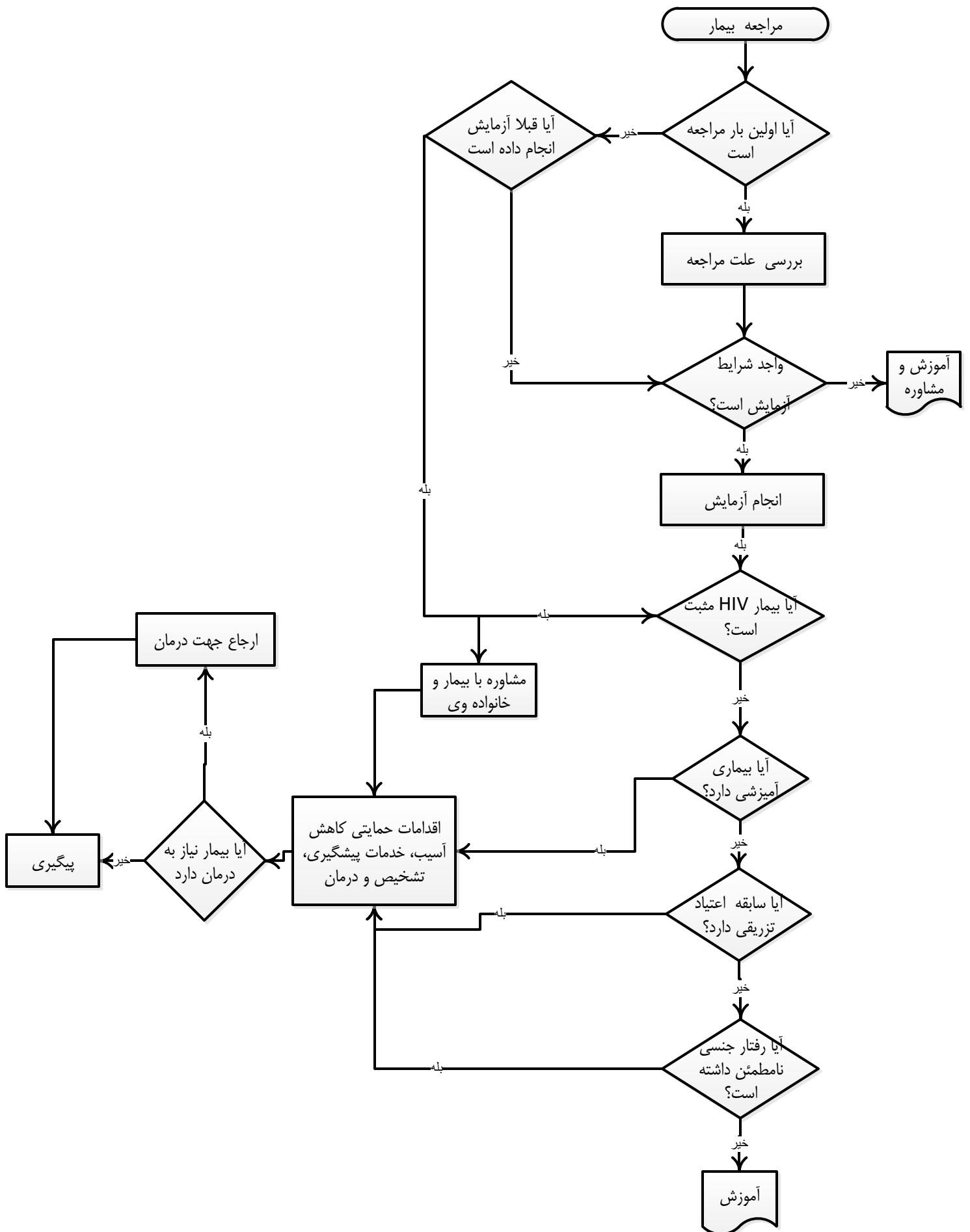
# فرآیند نظام مراقبت بیماری مننژیت



## فرآیند نظام مراقبت بیماری سرخک



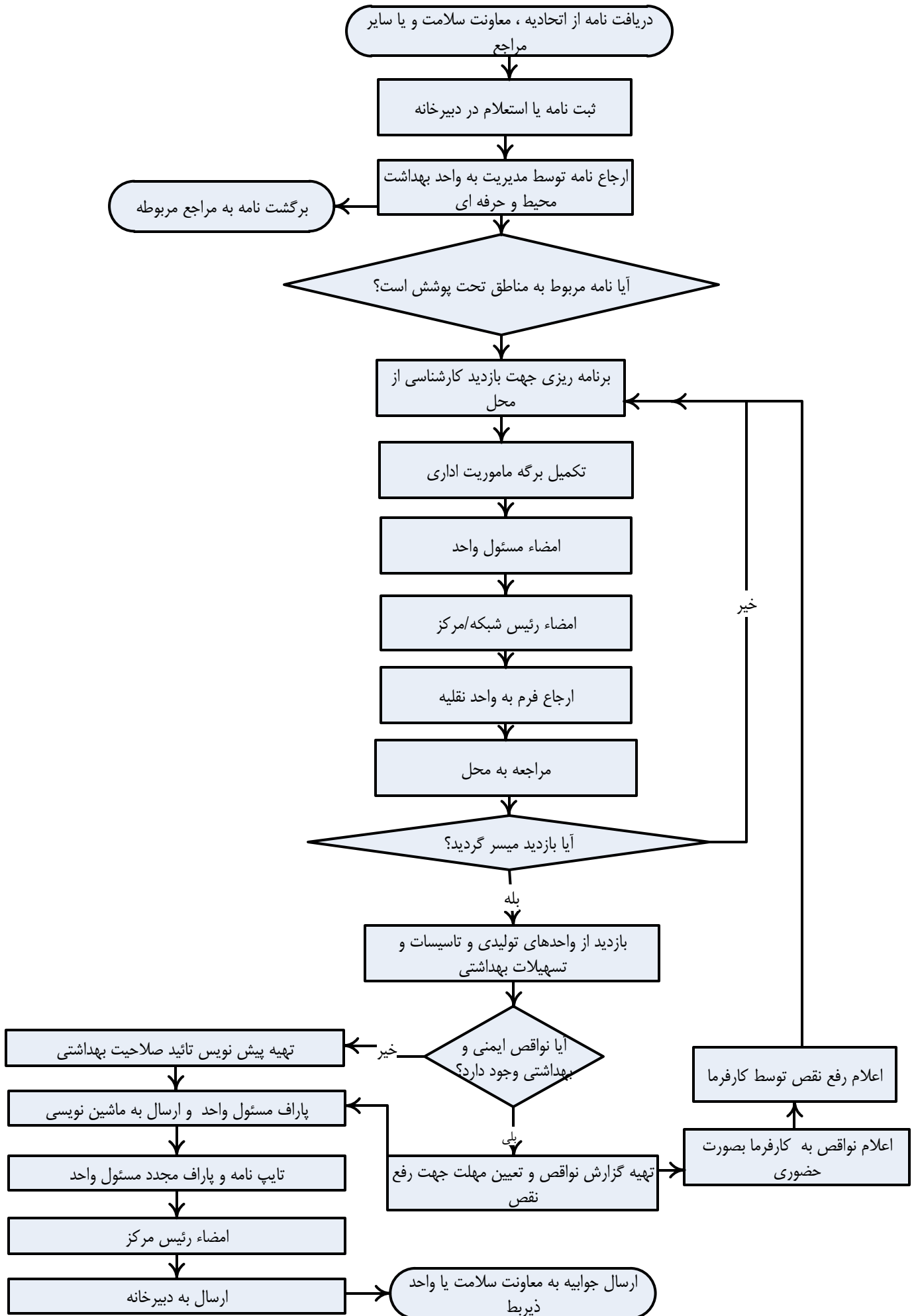
## فلوچارت مراقبت از بیماری ایدز (مراکز مشاوره)



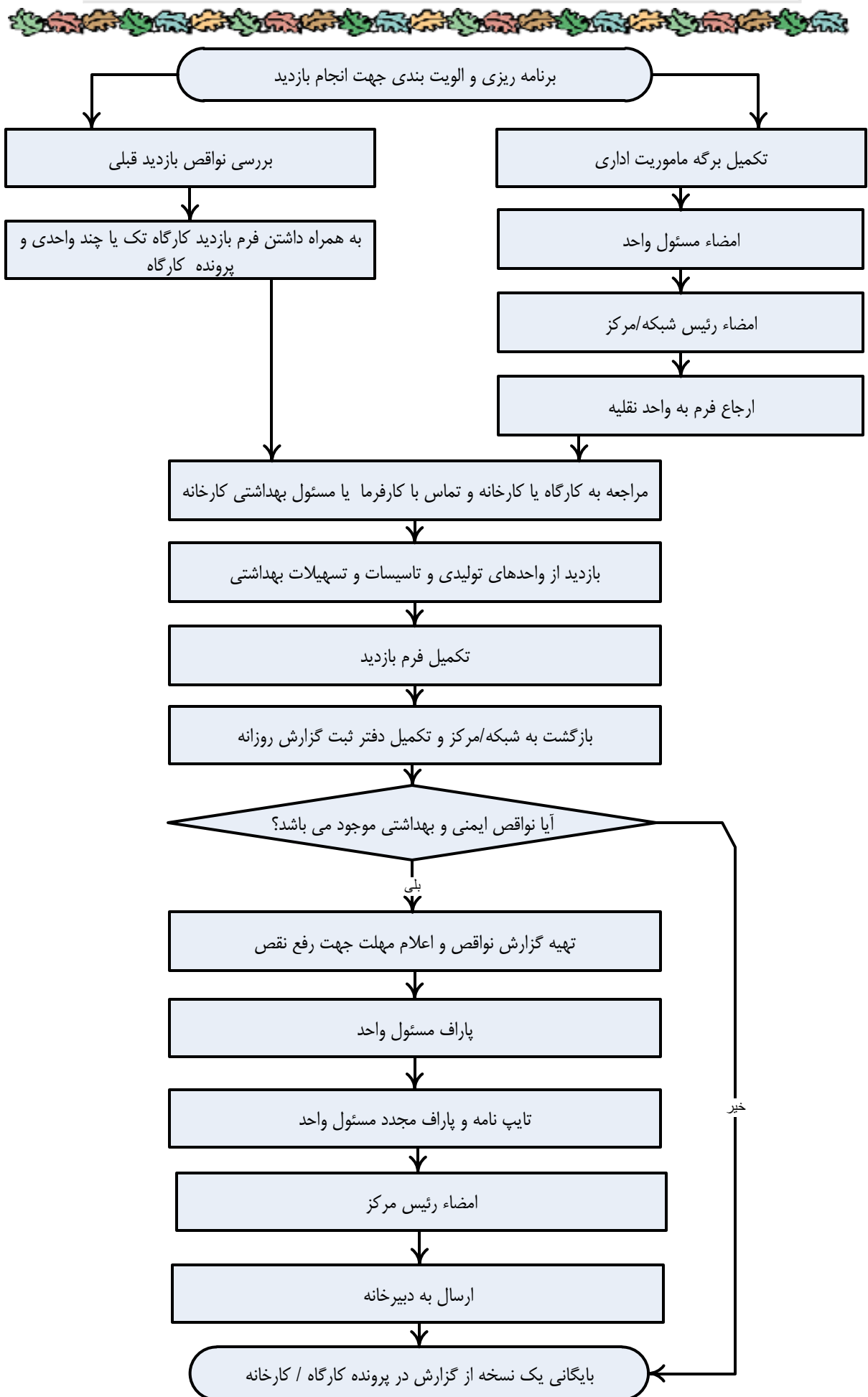
جدول اطلاعات مورد نیاز جهت ارسال نمونه های گرفته شده از بیماران که نیاز به تایید آزمایشگاه رفرانس دارند

بیماری	نوع نمونه مورد نیاز جهت آزمایش	مسئول و فوکارل پوینت علمی برنامه	تلفن	نشانی
التور	کاری بلر	دکتر رهبر	۰۲۱-۶۶۷۲۸۱۱۲-۱۳	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
تب راجعه	لام خون محیطی یا ۲۰ سی سی خون سیراته	دکتر نداف	۰۲۱-۶۶۹۶۸۸۵۵	انستیتو پاستور ایران
بیلاریوز	۱۰ سی سی ادرار انتهایی + ۲۰ سی سی فرمال ۵٪ و در مناطق اندمیک ادرار ۲۴ ساعته	دکتر مولوی	۰۹۱۲۲۰۸۰۲۲۰	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
بو تولیسم	خون - مدفوع - غذا	دکتر شاهچراغی	۰۲۱-۶۶۴۰۵۵۳۵	انستیتو پاستور ایران
فاسیولازیس	نمونه مدفوع - تویاز اثنی عشر	دکتر رکنی	۰۹۱۲۲۳۹۰۳۰۹	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
موارد طغیان	نمونه غذایی - کاری بلر	دکتر سلطان دلالت	۰۲۱-۸۸۹۹۲۹۷۱	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
سرخک	خون - ادرار - گلو	دکتر مختاری آزاد	۰۲۱-۸۸۹۶۲۳۴۳	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
سرخجه	خون - ادرار - گلو	دکتر مختاری آزاد	۰۲۱-۸۸۹۶۲۳۴۳	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
فلج اطفال	مدفوع	دکتر شاه محمودی	۰۲۱-۸۸۹۶۲۳۴۳	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
سیاه سرفه	گلو	دکتر شاهچراغی	۰۲۱-۶۶۴۰۵۵۳۵	انستیتو پاستور ایران
دیفتری	گلو	دکتر شاهچراغی	۰۲۱-۶۶۴۰۵۵۳۵	انستیتو پاستور ایران
آنفلوانزا	گلو	دکتر مختاری آزاد	۰۲۱-۸۸۹۶۲۳۴۳	دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
سل	نمونه خلط جهت بررسی مقاومت دارویی	دکتر	۰۲۱-۲۶۱۰۹۵۹۰	بیمارستان مسیح دانشوری
جدام	نمونه بیوپس	دکتر شیزرپور	۰۲۱-۳۳۷۴۲۳۳۳	مرکز تحقیقات سل و جدام
فنیل کتو نوری - هیپو تیروئید نوزادی - G6PD	قطره خون از پاشنه پا بر روی کاغذ فیلتر جهت تست گاتری . نمونه خون وریدی جهت انجام آزمایش تائید HPLC	دکتر ستوده . مرکز طبی	۰۲۱-۶۶۹۳۷۵۶۵-۶۶۹۲۰۹۸۱	آزمایشگاه مرجع سلامت در خیابان بهشت جهت تست گاتری و آزمایشگاه مسعود جهت HPLC

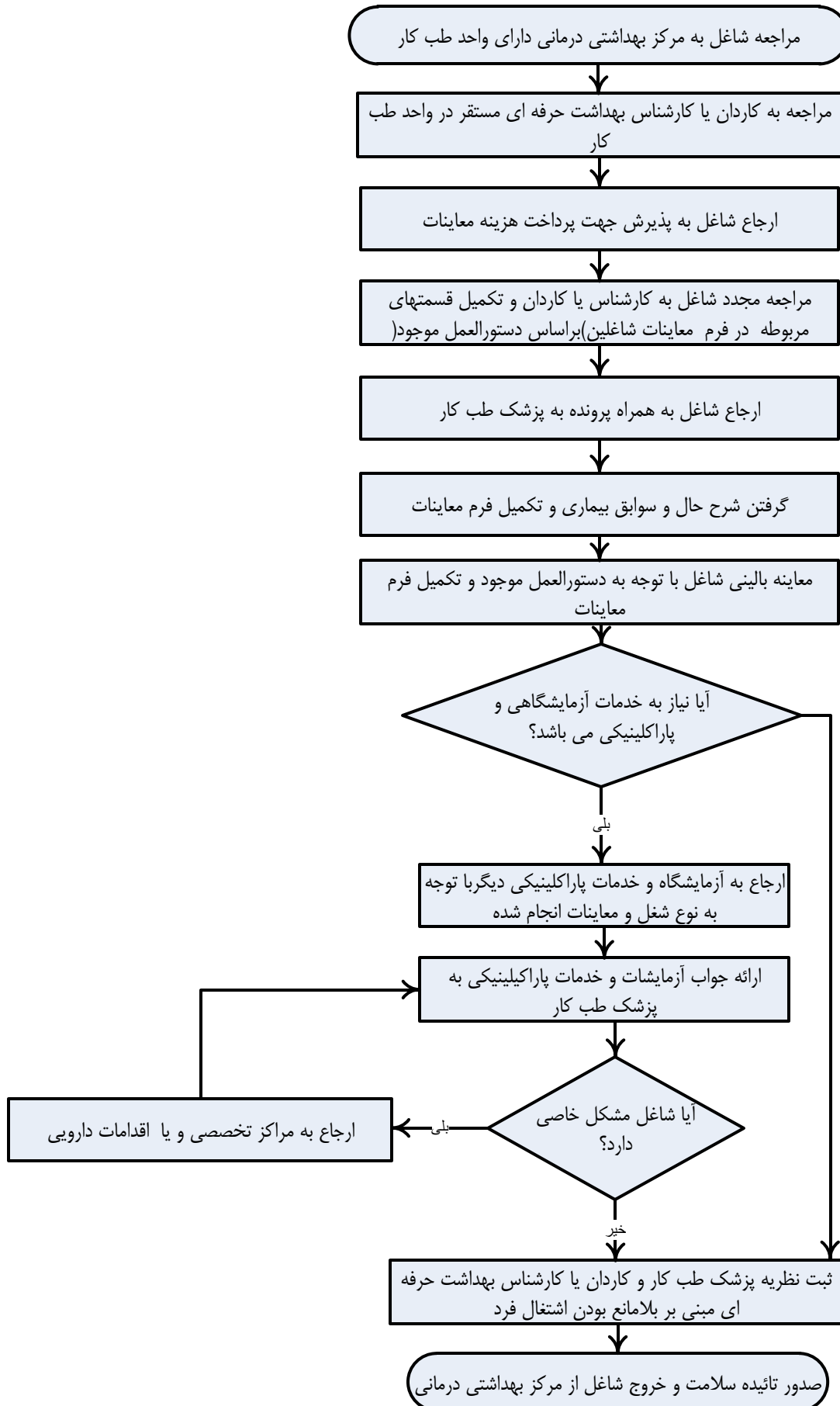
# فرآیند رسیدگی به استعلام های بهداشت حرفه ای



# فرآیند بازدید از کارگاه ها و کارخانجات تحت پوشش

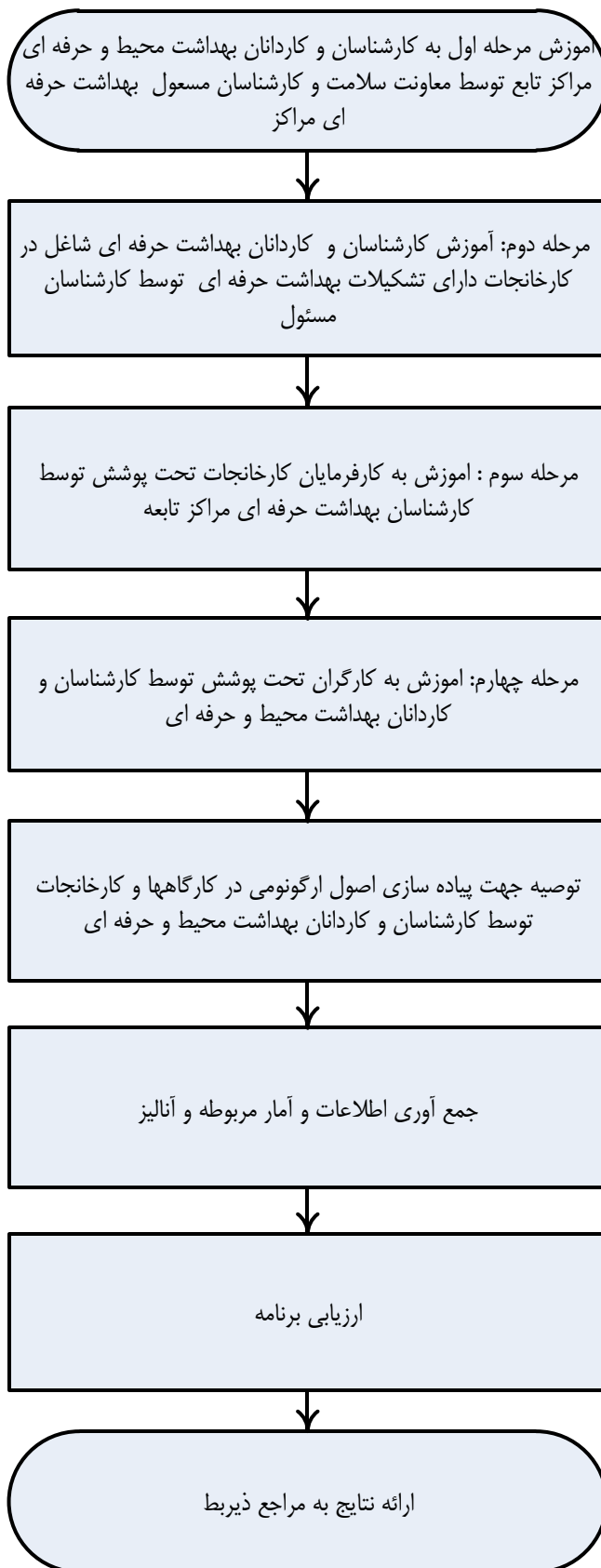


# فرآیند انجام معاینات شاغلین توسط واحد طب کار مراکز بهداشتی درمانی

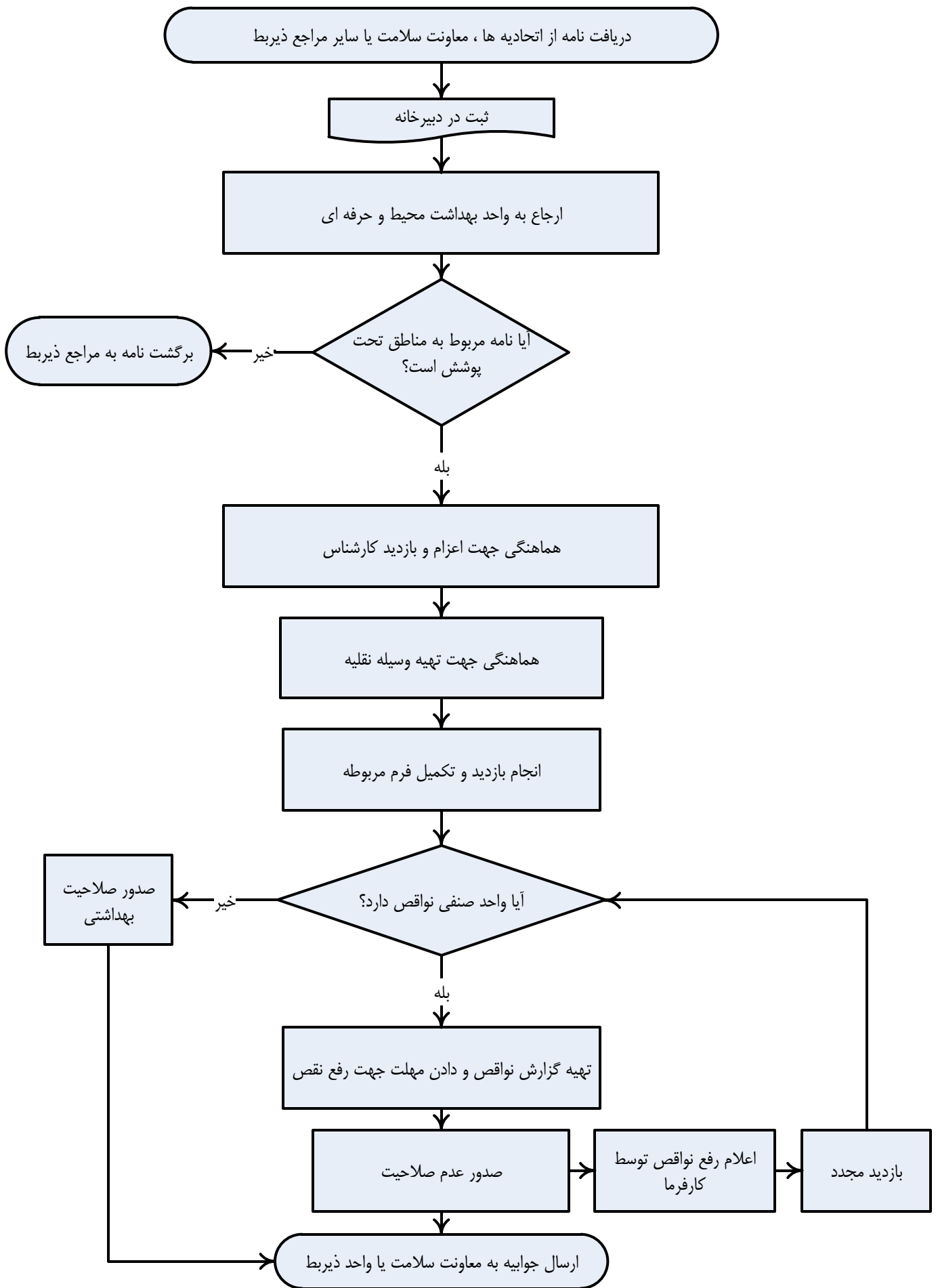




## فرآیند تدوین برنامه عملیاتی ارگونومی در محیط کار



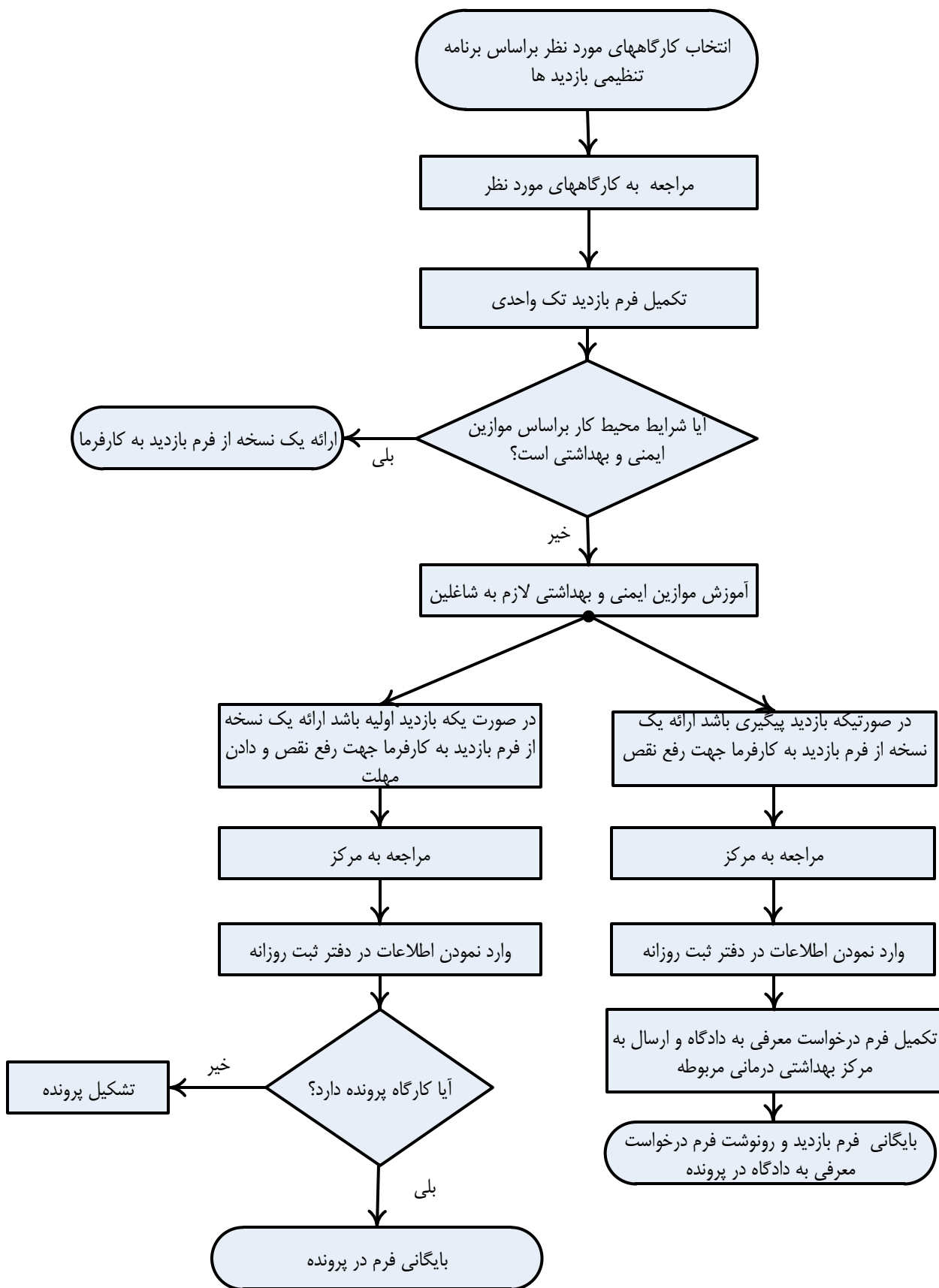
# فرآیند رسیدگی به استعلام های بهداشت حرفه ای



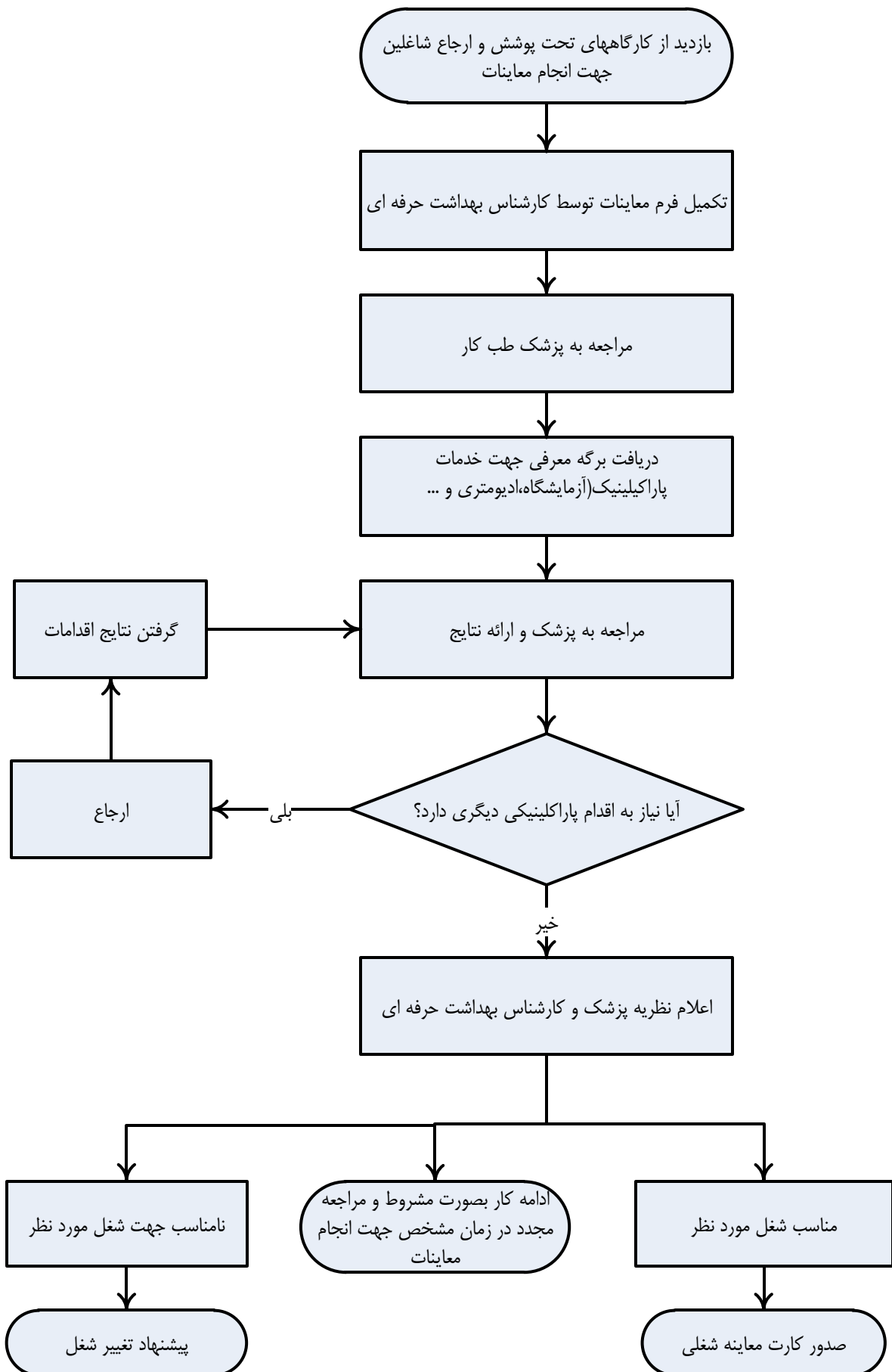
# فرآیند برنامه ایمنی شیمیایی



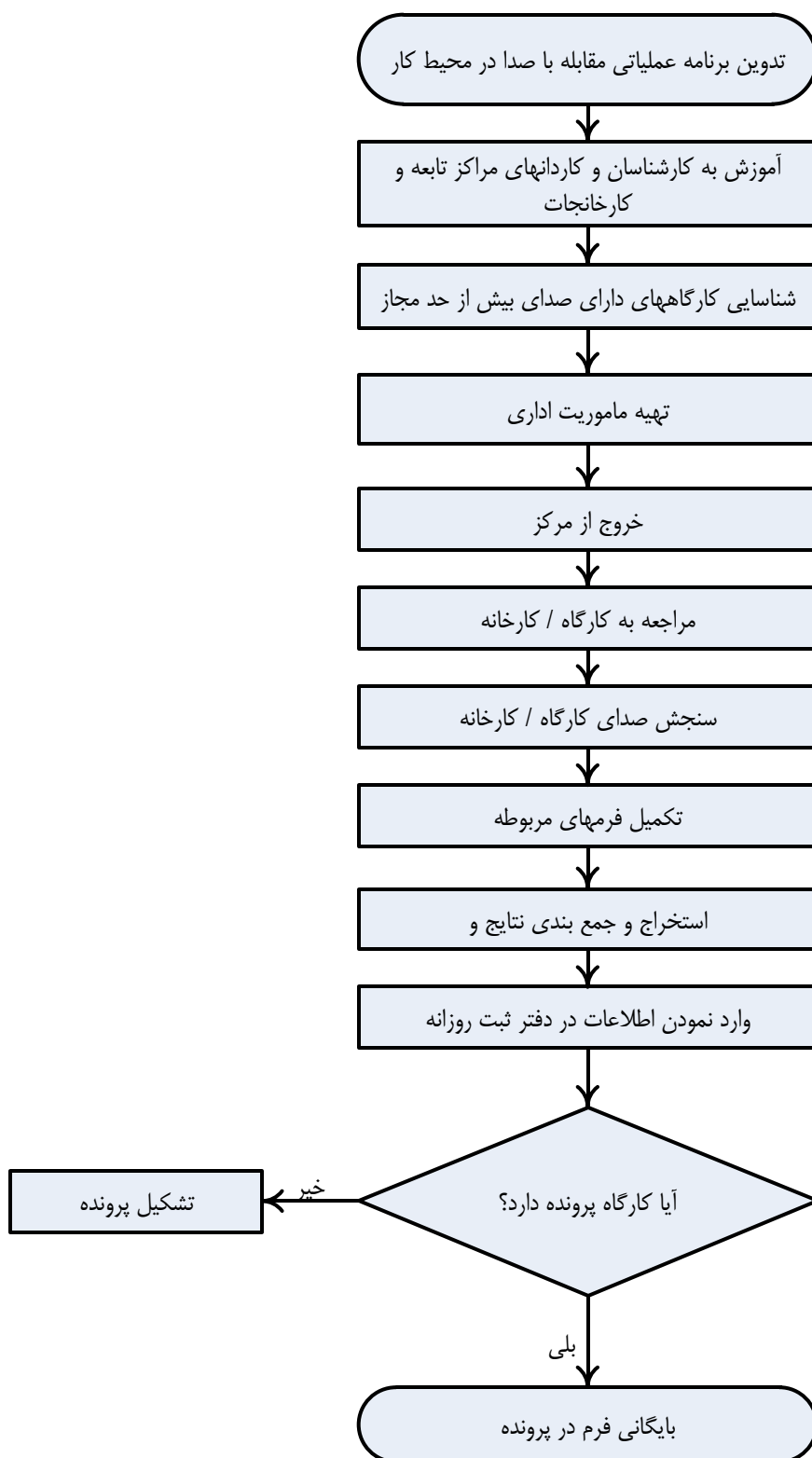
## فرآیند بازدید از کارگاه های زیر ۲۰ نفر



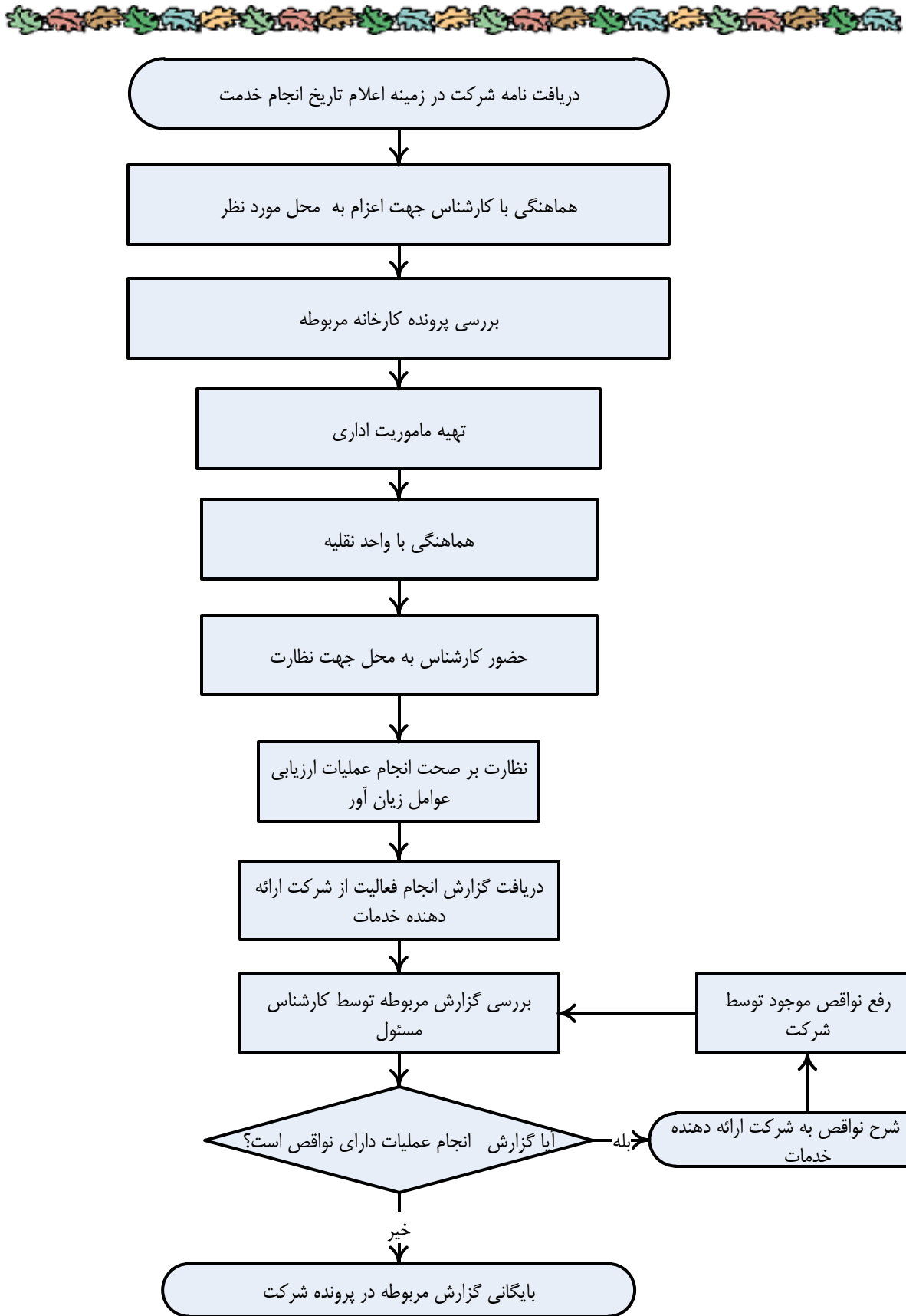
## فرآیند معاینات ادواری شاغلین در کارگاه های تحت پوشش



## فرآیند برنامه مقابله با صدا در محیط کار



فرآیند نظارت بر ارزیابی عوامل زیان آور کارخانجات خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت کار دارای مجوز از معاونت بهداشت

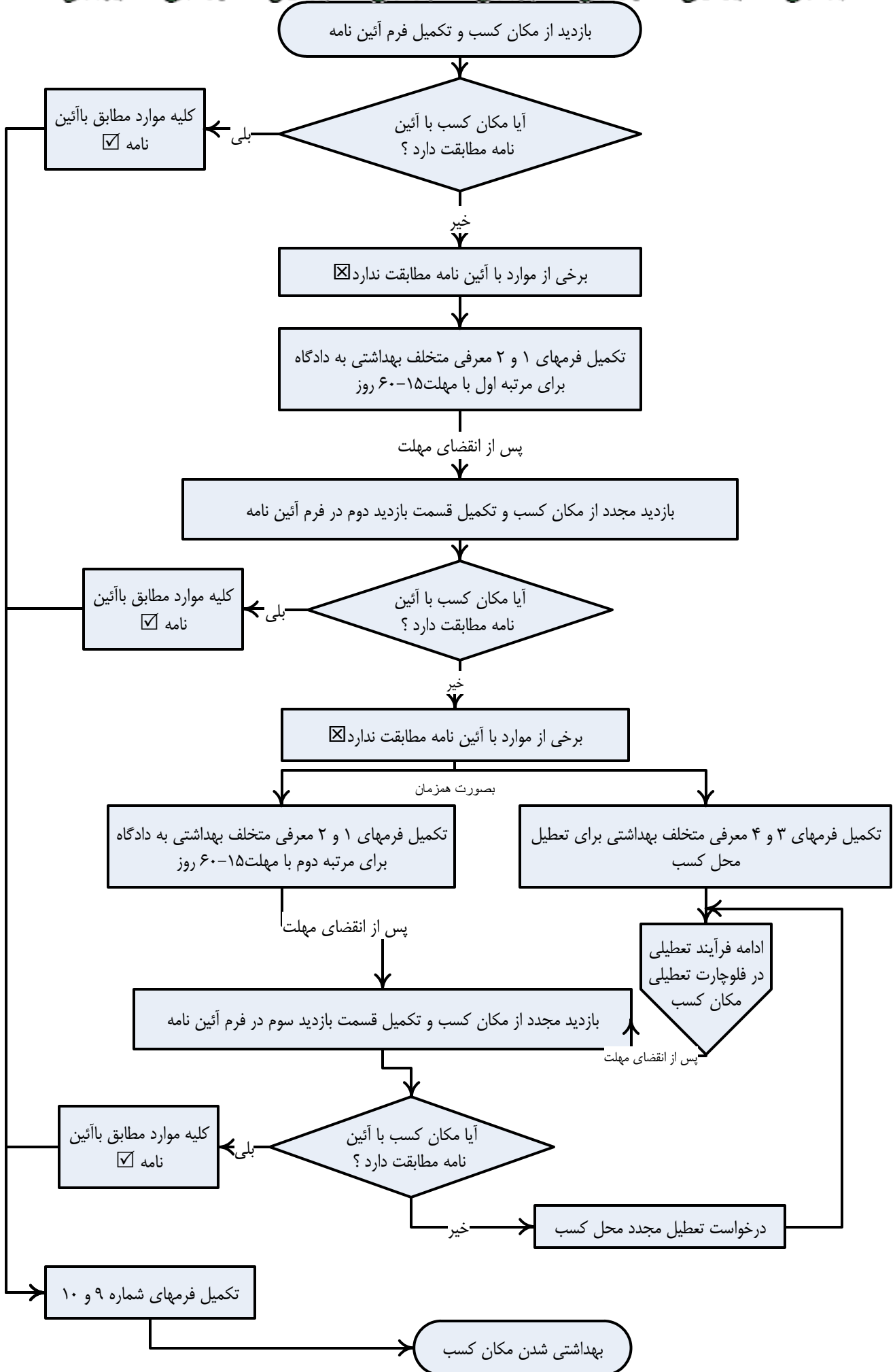


## فرآیند برنامه مقابله با صدا در محیط کار

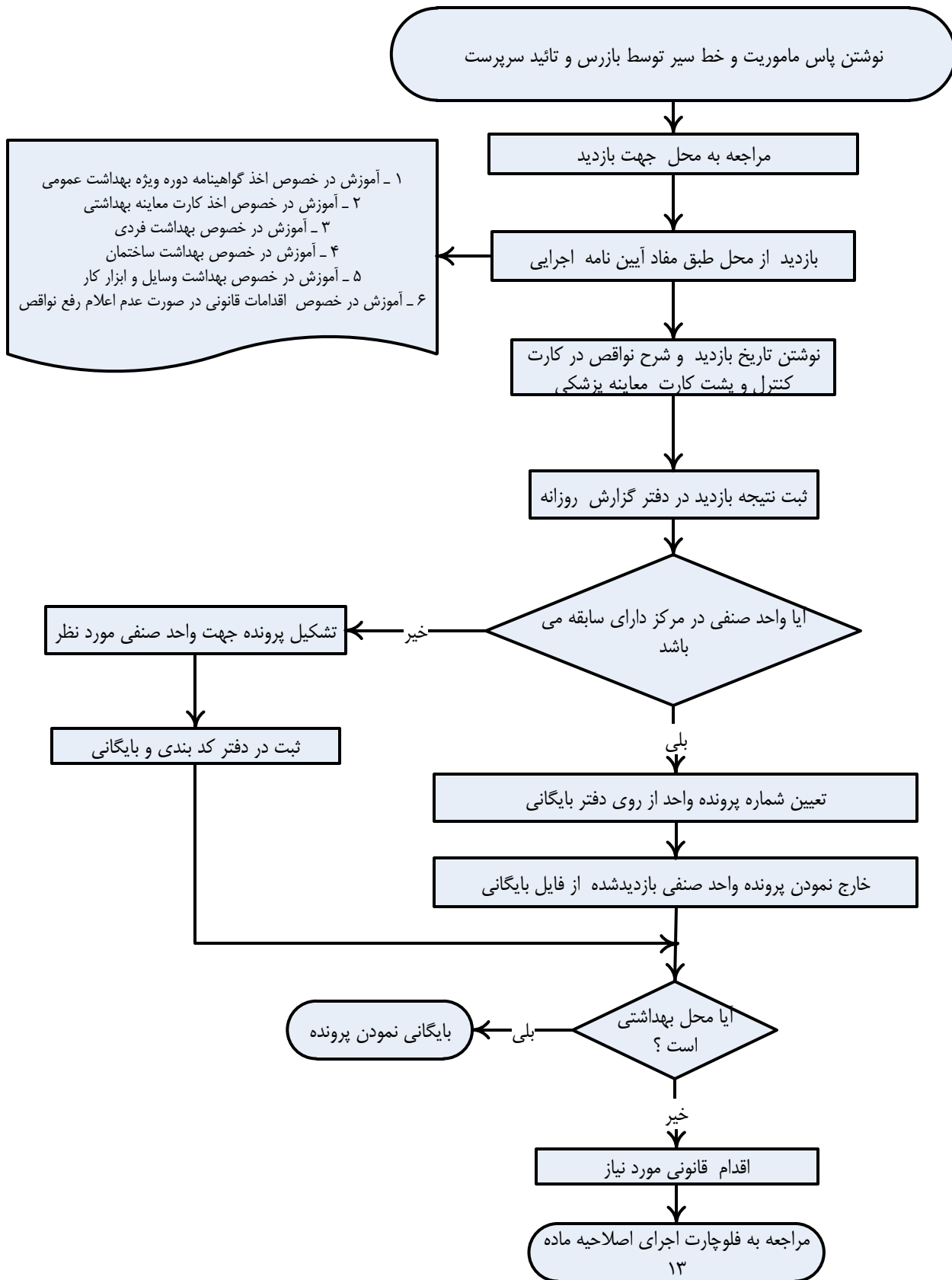




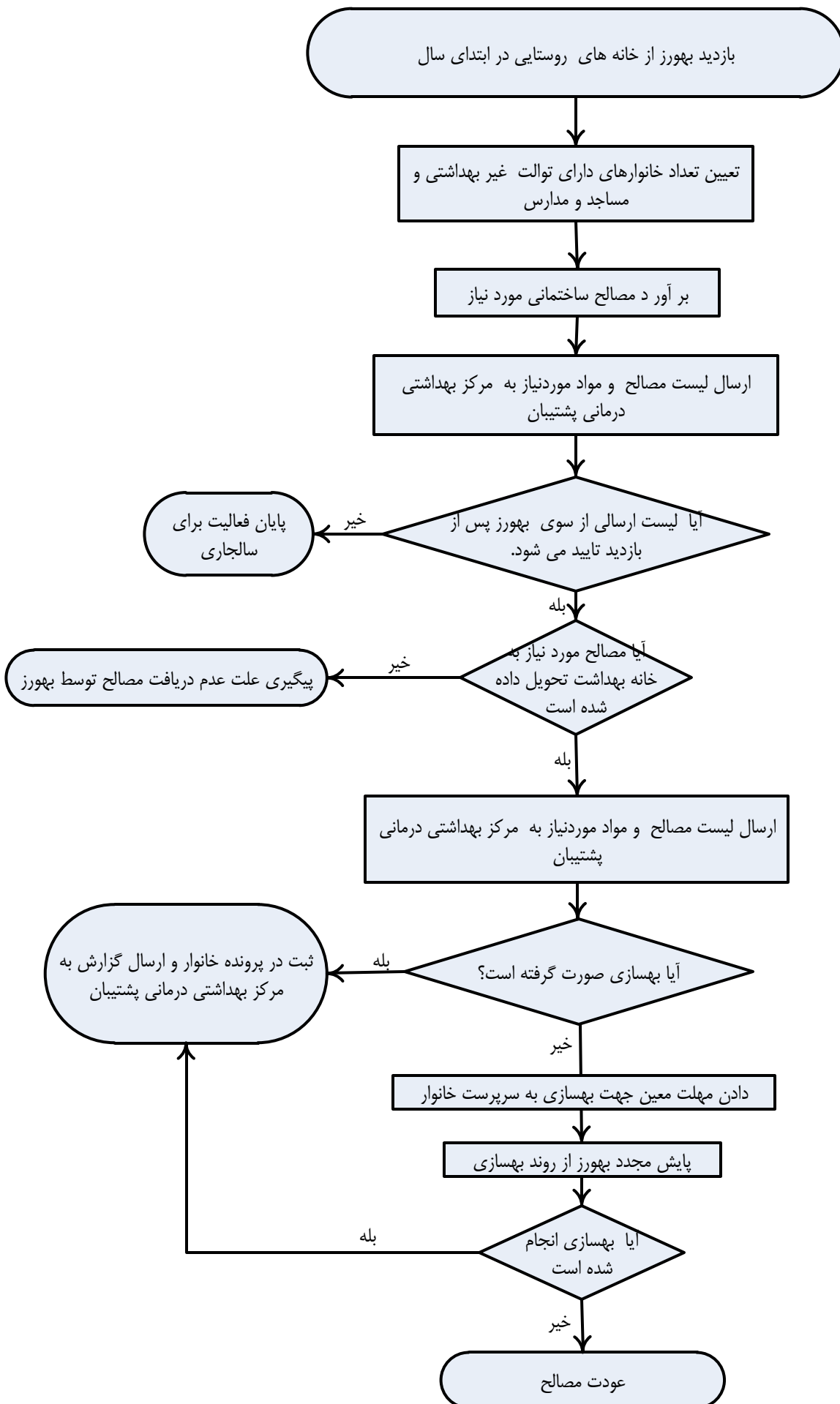
# فرآیند اجرای آئین نامه اصلاحیه ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی و...



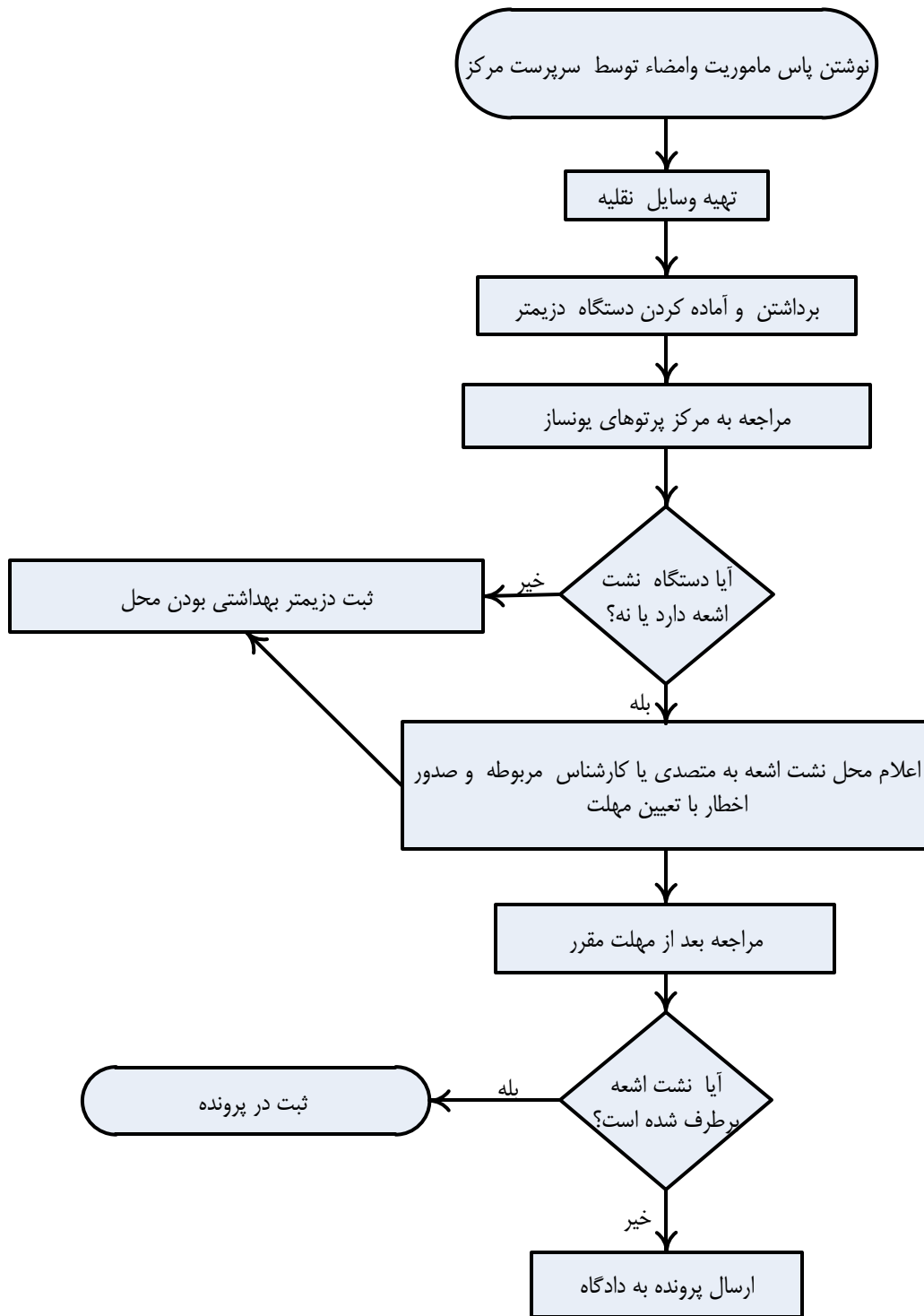
فرآیند بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی توسط کارشناس و کاردان بهداشت محیط و حرفه ای



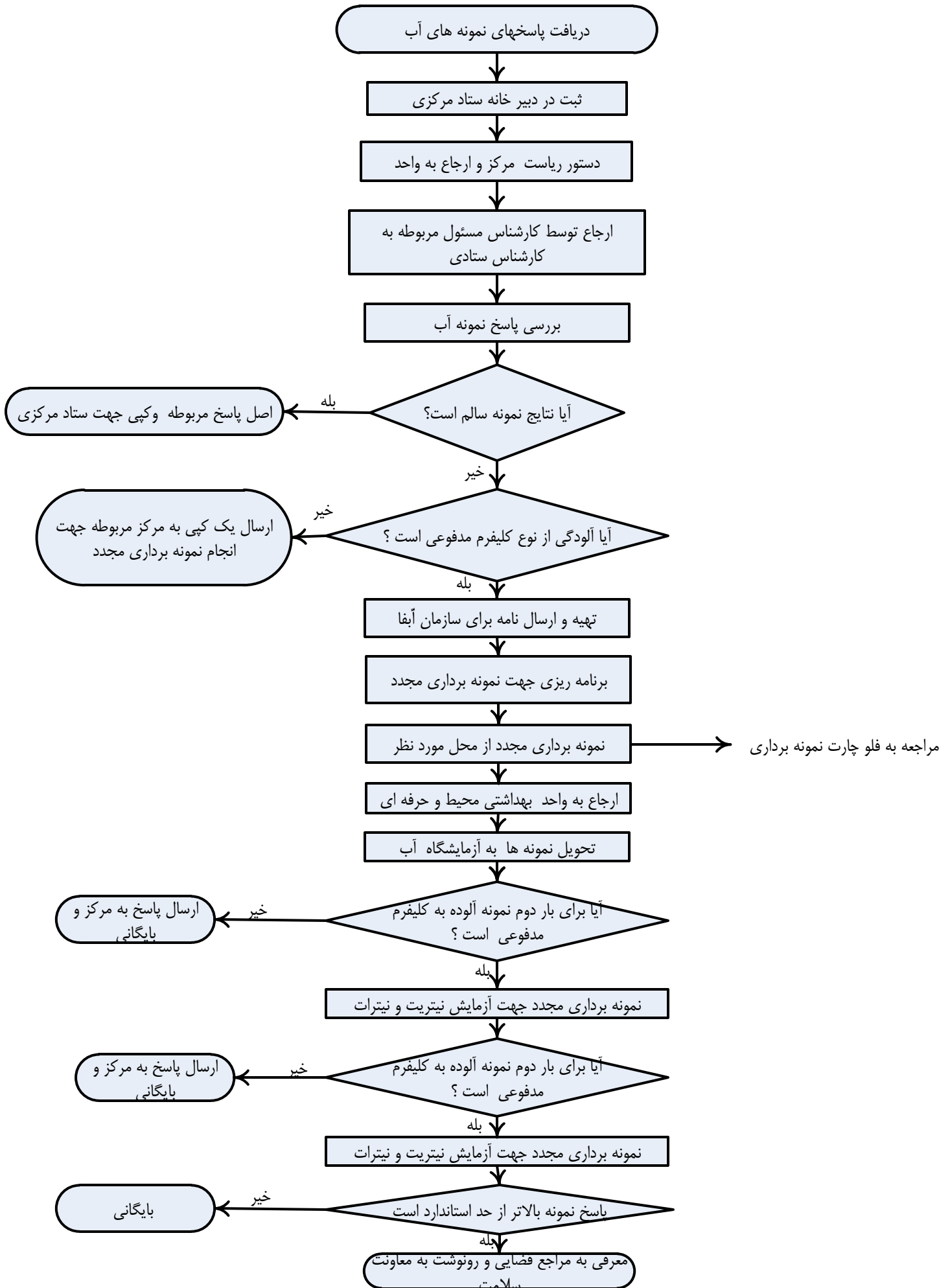
## فرآیند برنامه عملیات بهسازی محیط روستا



# فرآیند نظارت و کنترل شرایط حفاظتی مراکز کاربرد پرتوهای یونساز در پزشکی



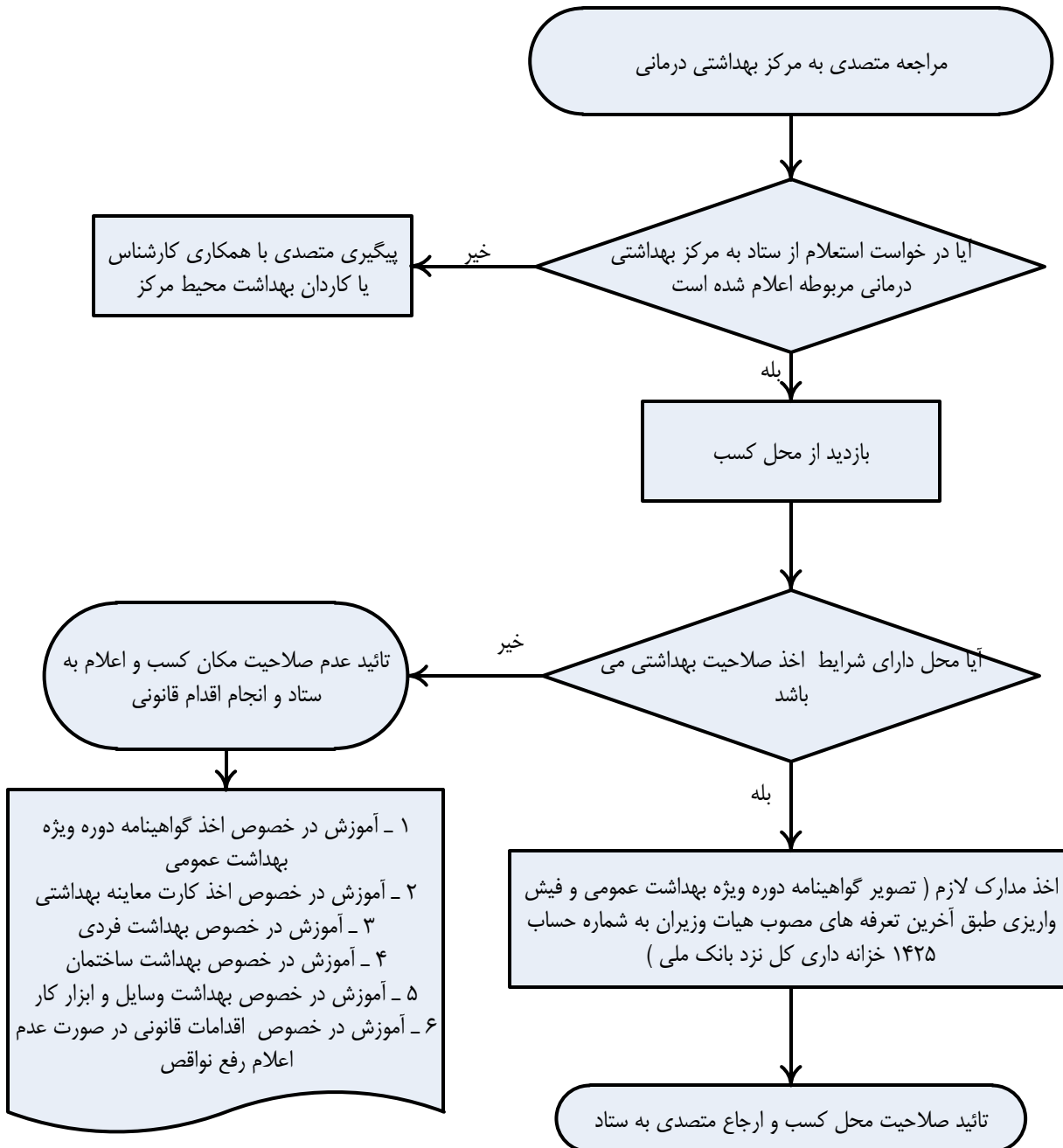
# فرآیند دریافت نتایج آزمایشات آب



## فرآیند ایجاد ستاد فوریت های سلامت محیط



فرایند صدور صلاحیت مکان کسب مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی در مراکز بهداشتی درمانی

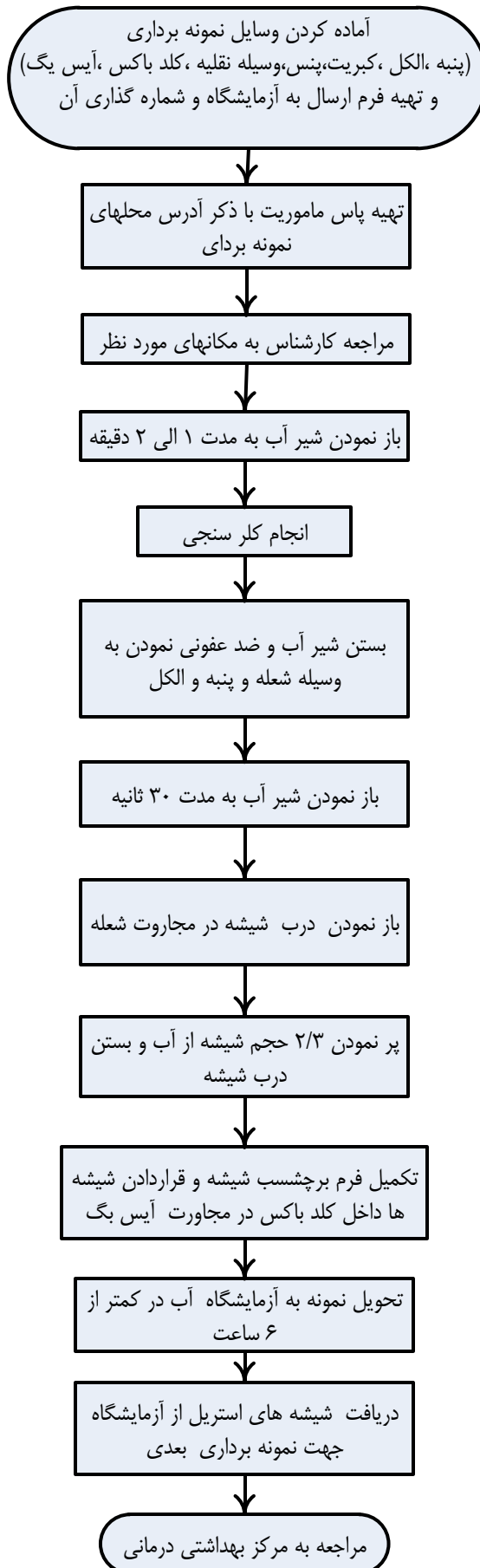


# فرآیند برگزاری کلاس های آموزشی

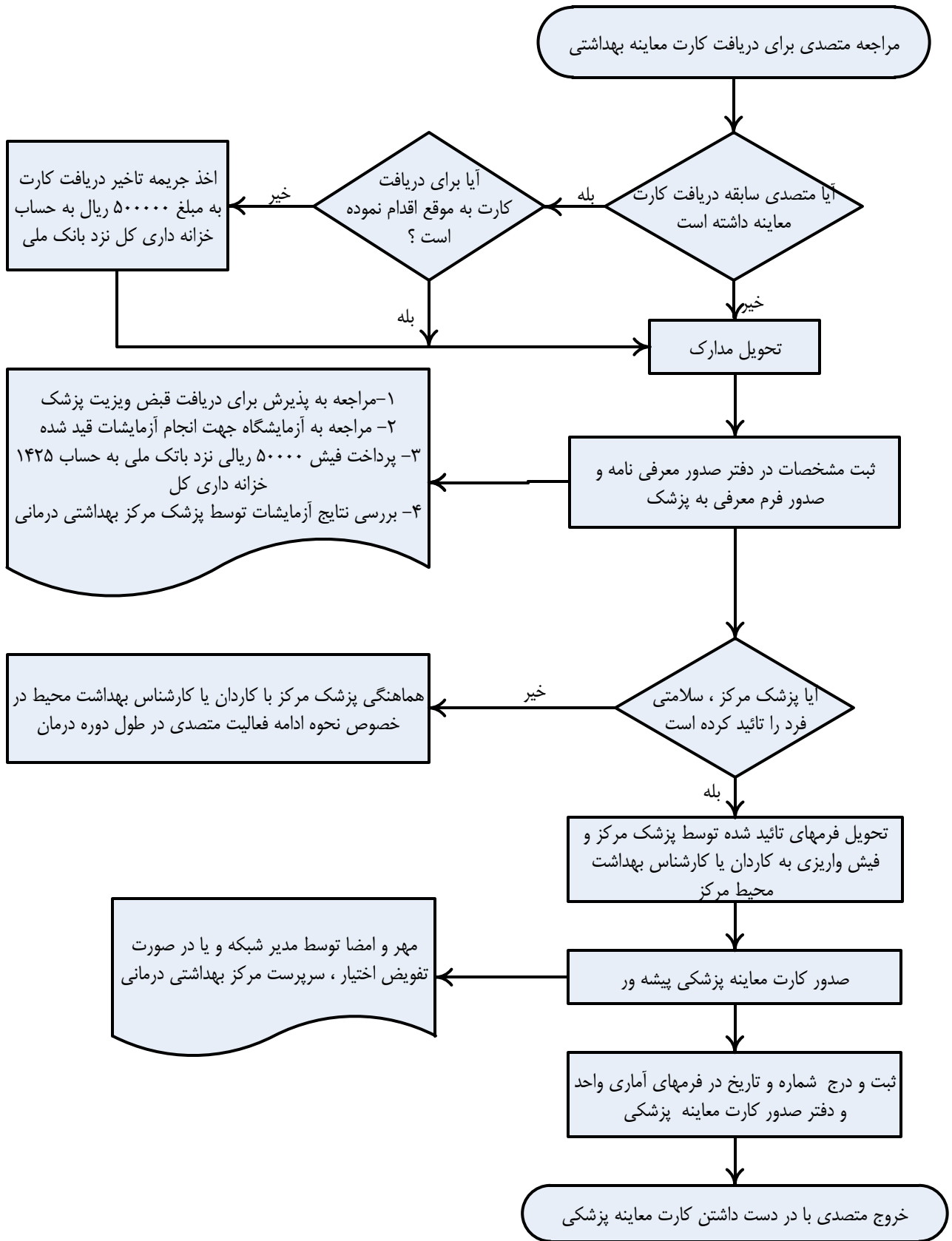




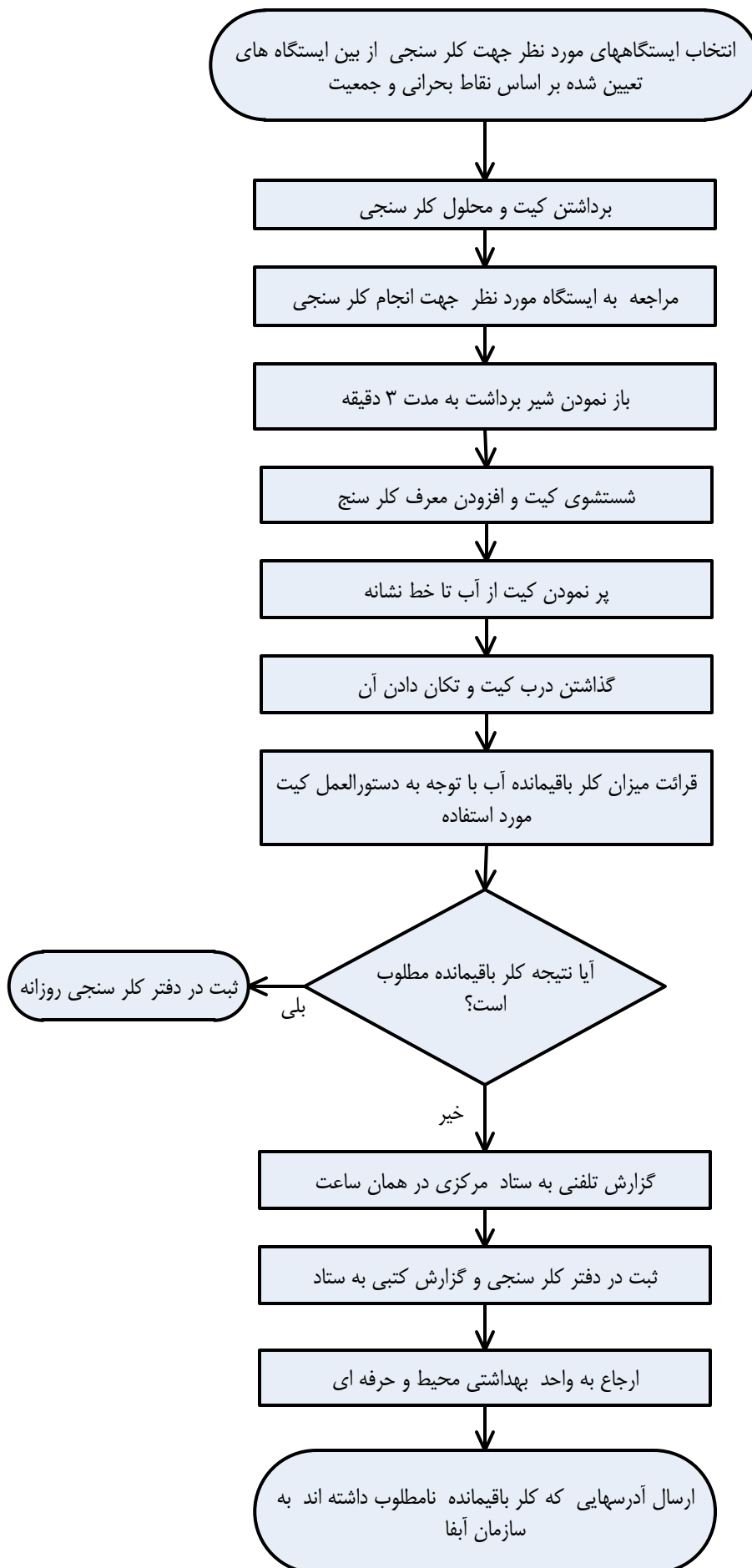
## فرآیند نمونه برداری آب در محدوده مراکز بهداشتی درمانی



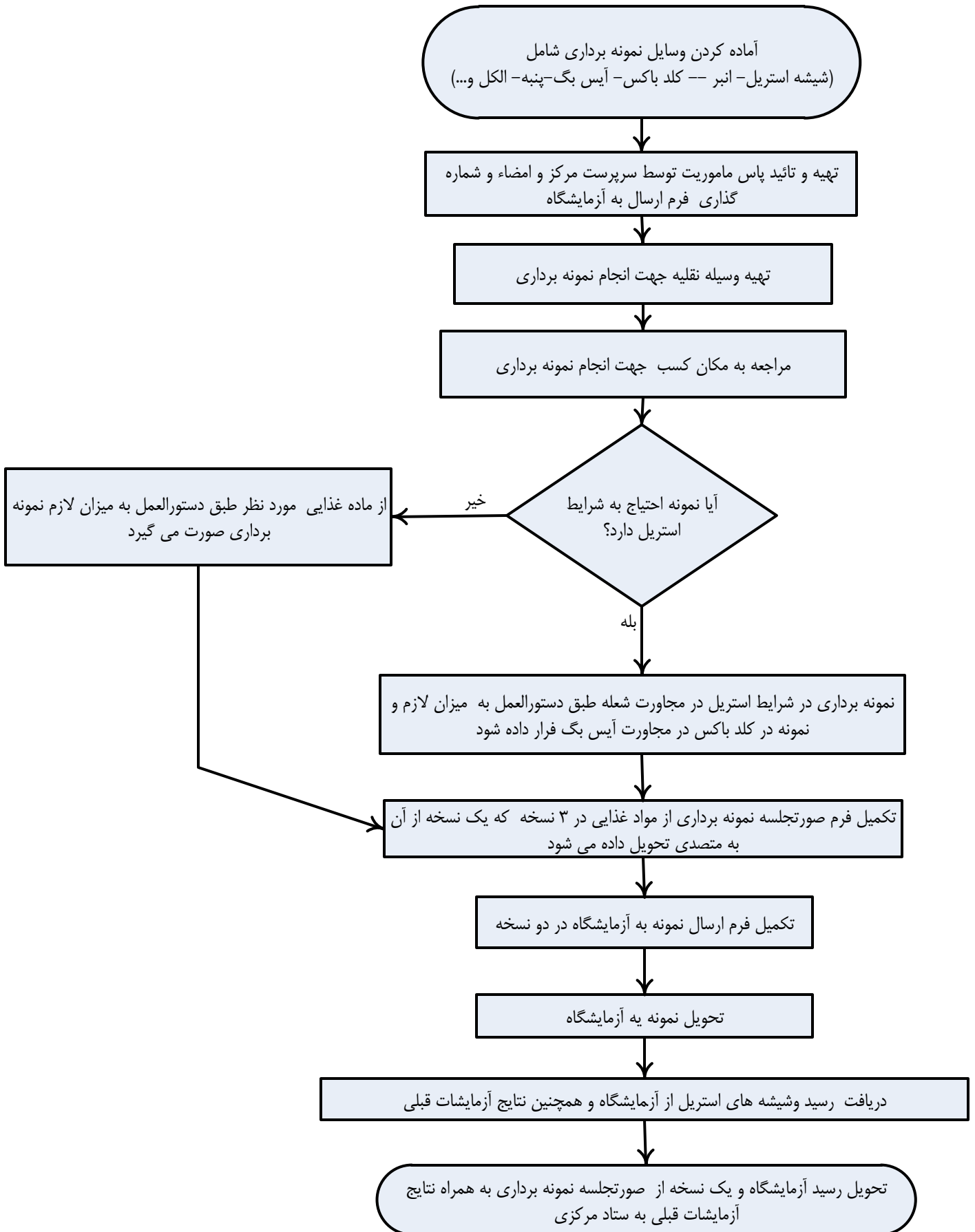
# فرآیند صدور کارت معاینه بهداشتی پیشه وران شاغل در مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی



## فرآیند فلورسنجی مراکز بهداشتی درمانی



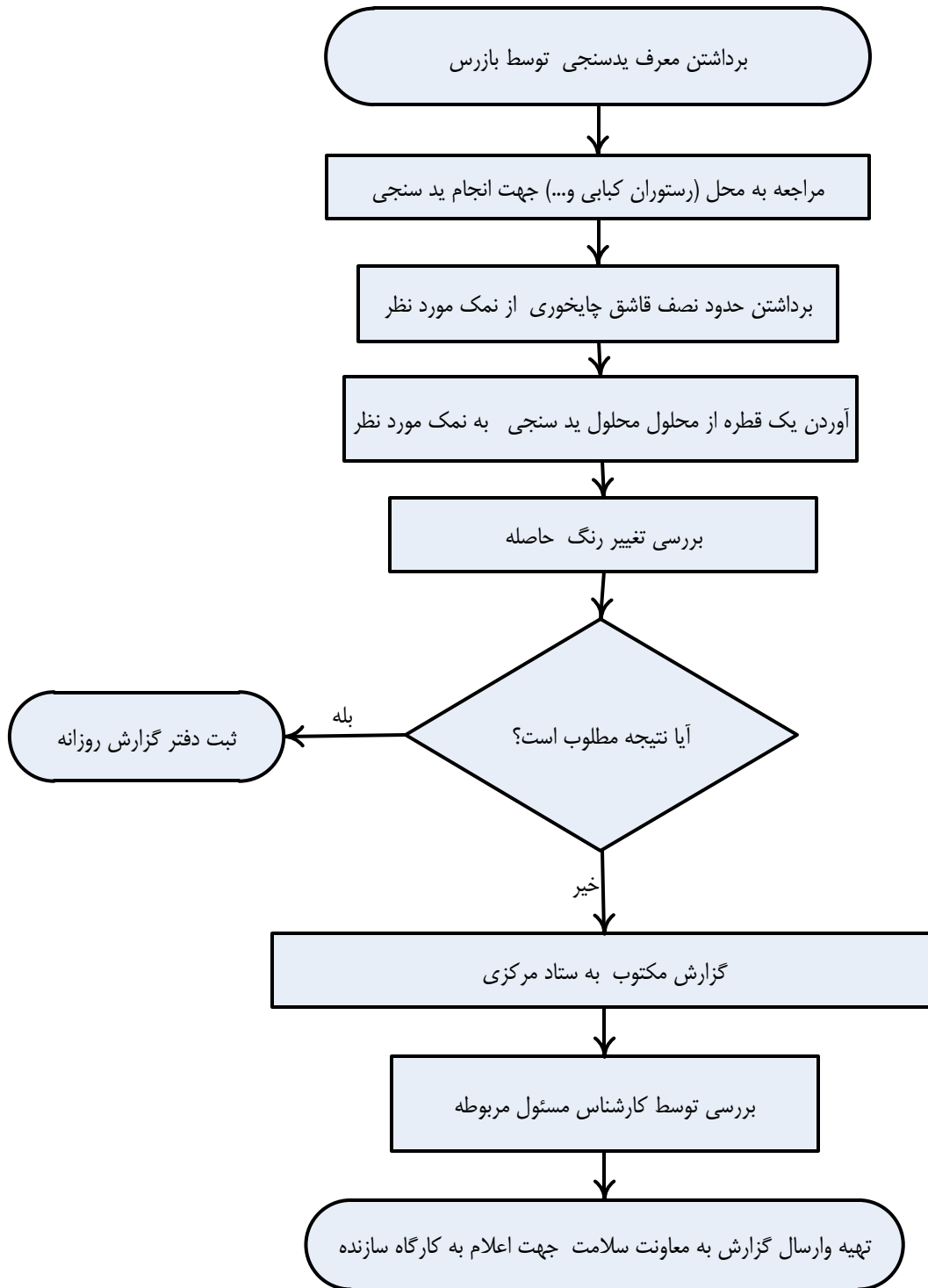
## فرآیند نمونه برداری از مواد غذایی در سطح عرضه و ارسال به آزمایشگاه



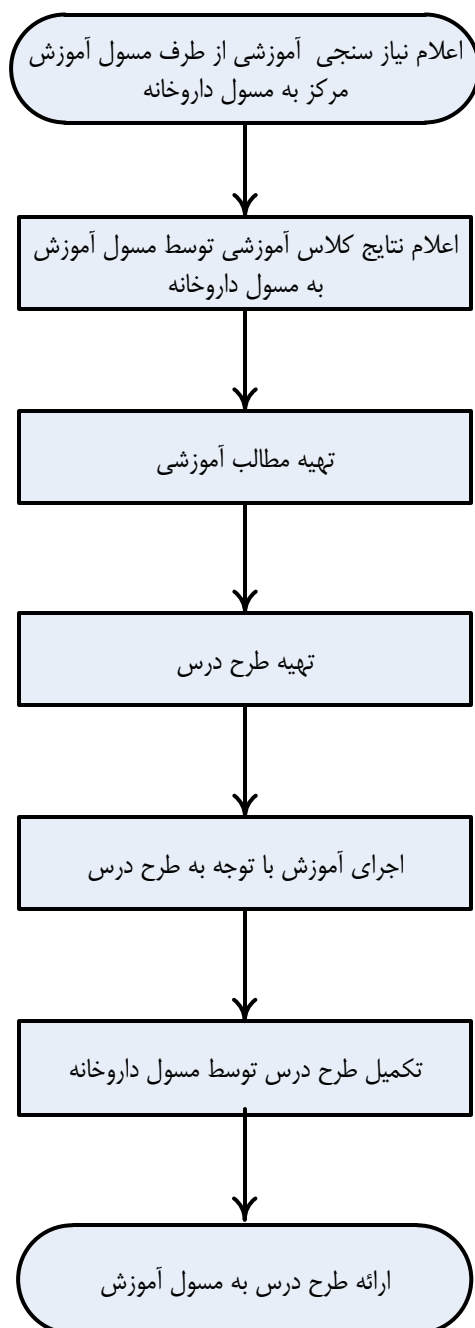
## فرآیند رسیدگی به شکایات در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران



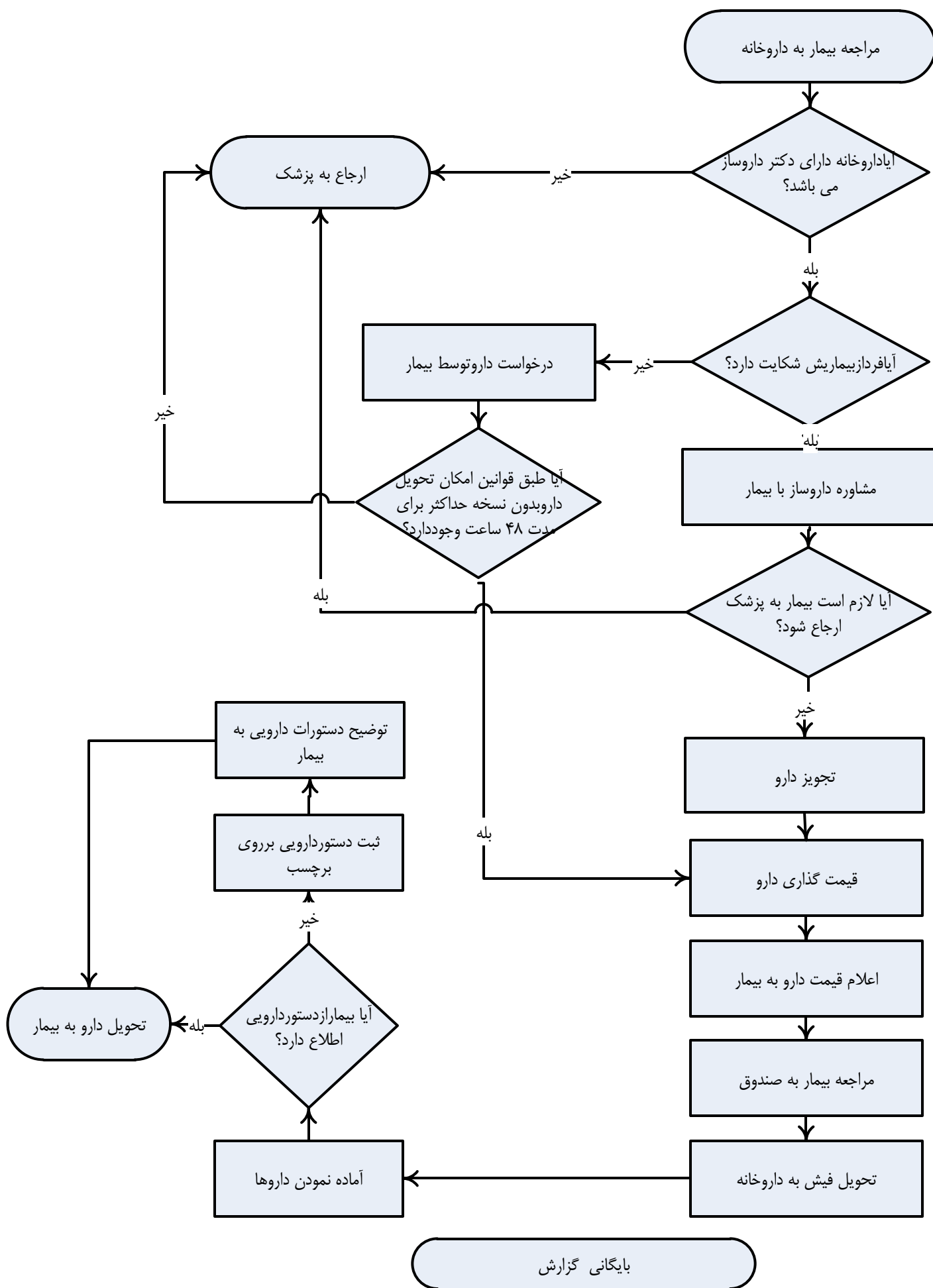
## فرآیند یدسنجی از نمک های خوراکی در مراکز بهداشتی درمانی



## فرآیند آموزش توسط مسئول دارویی به مراجعین، رابطین و پرسنل

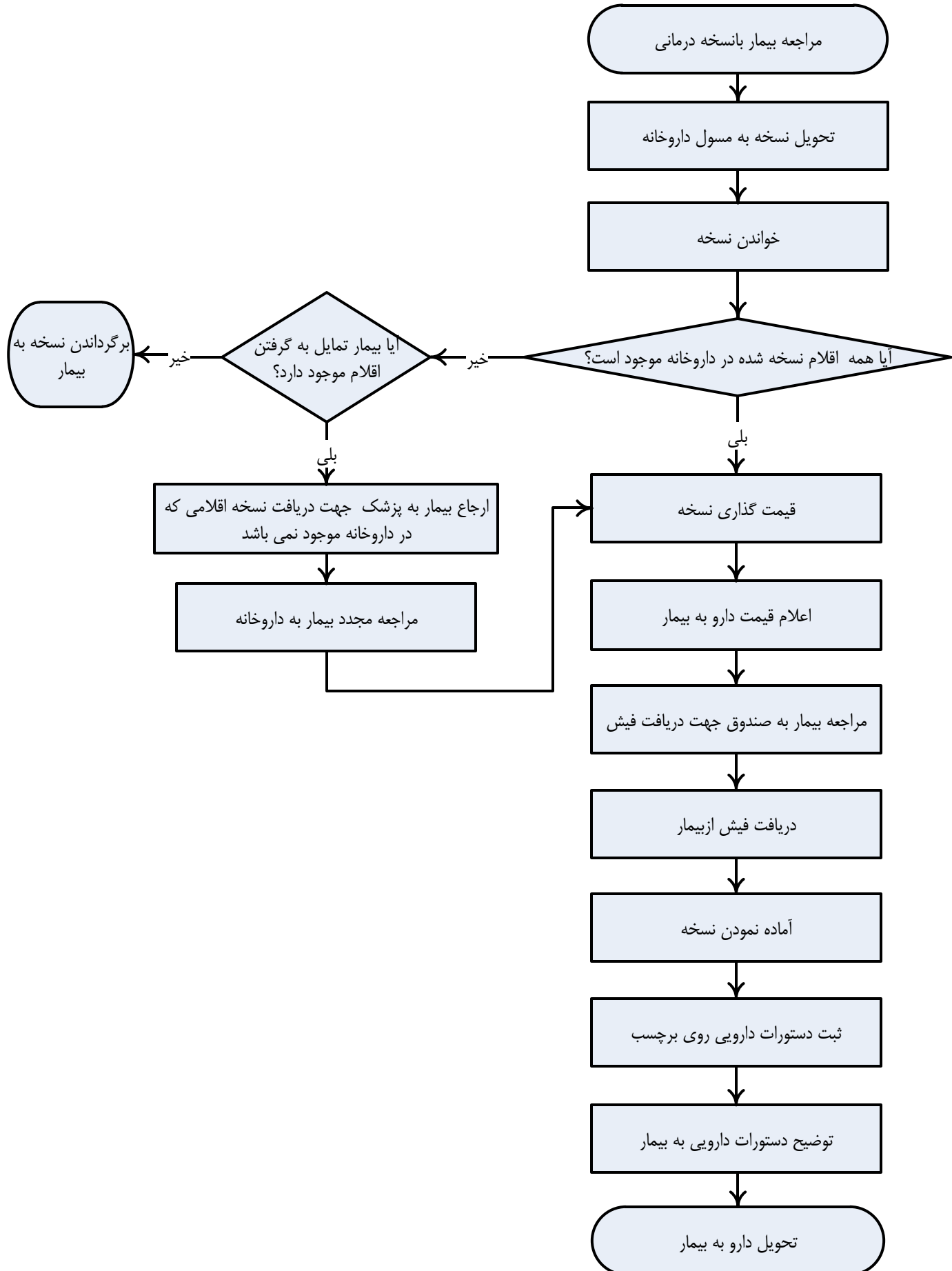


# فرآیند تحویل داروی بدون نسخه به بیمار در داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی

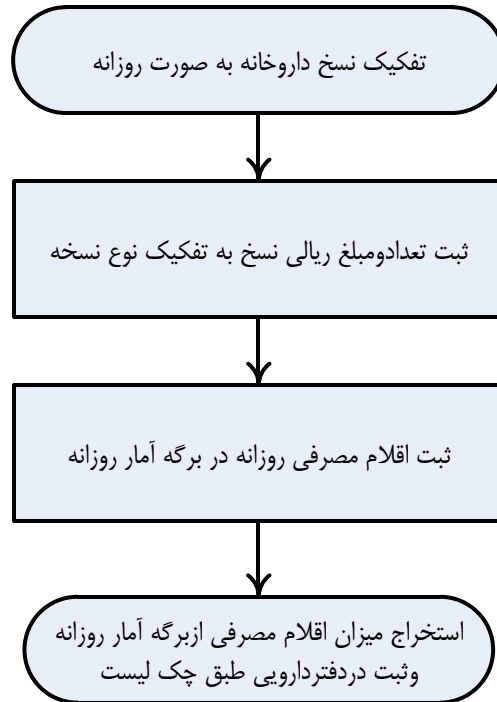




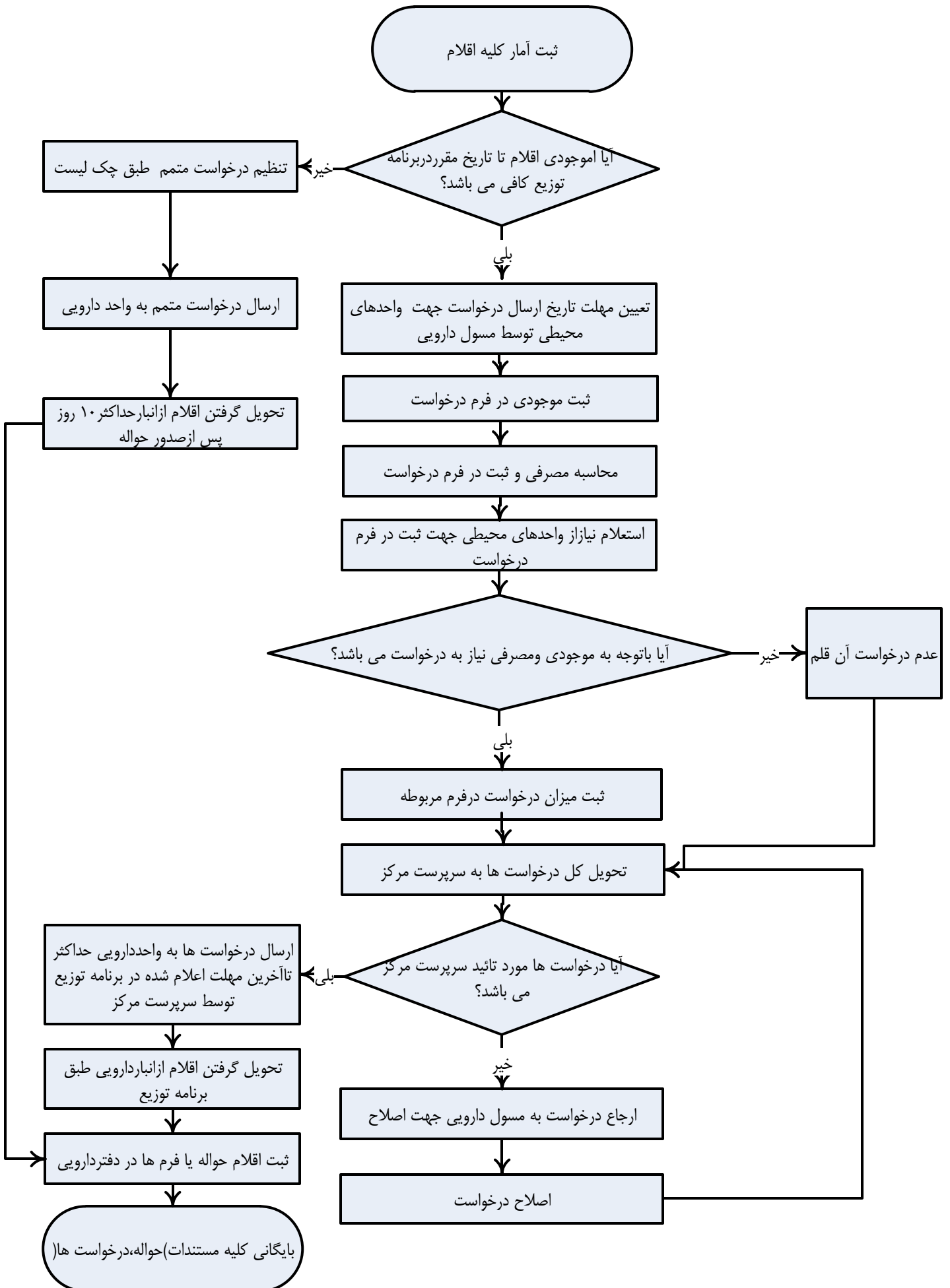
# فرآیند تحویل داروهای نسخ درمانی به بیمار در داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی



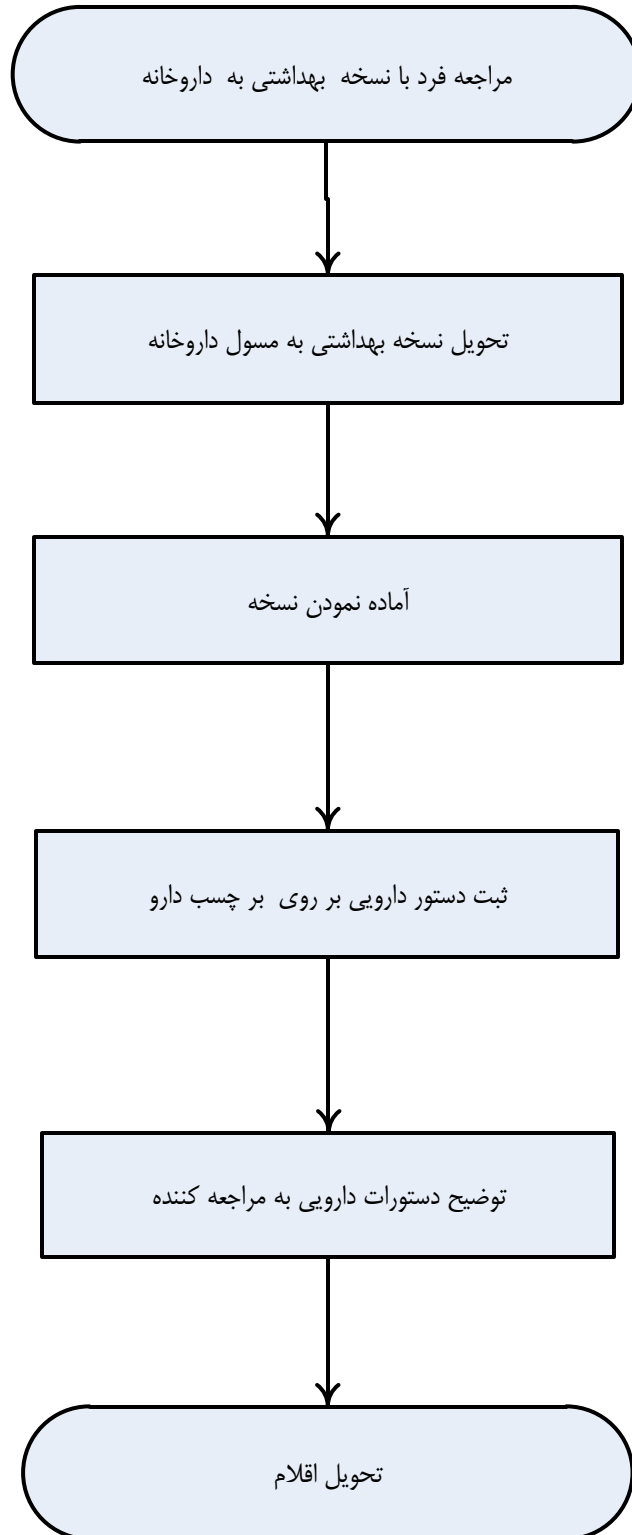
## فرآیند ثبت آمار کلیه اقلام مصرفی در داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی



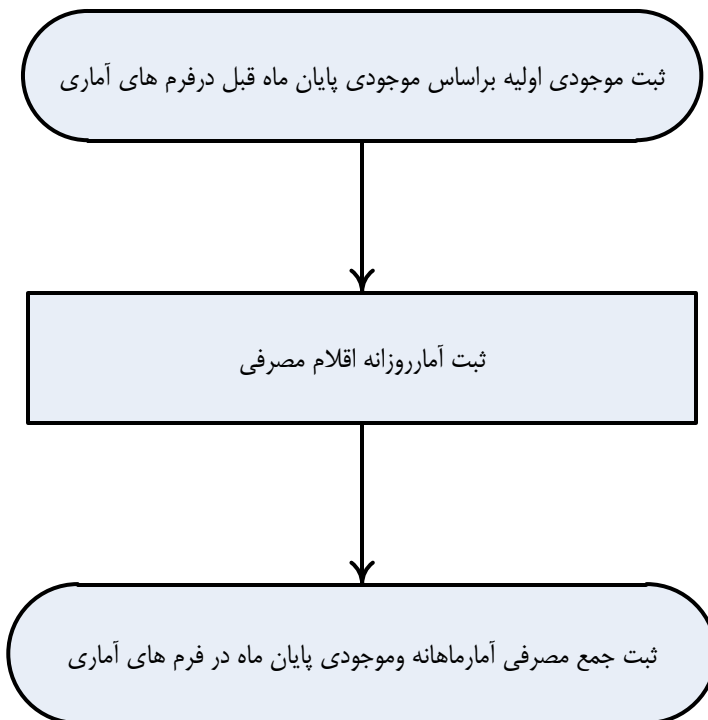
فرآیند تأمین دارو و اقلام مصرفی در کلیه واحدهای تابعه  
(داروخانه های مرکز بهداشتی درمانی، پایگاه ها و خانه های بهداشت)



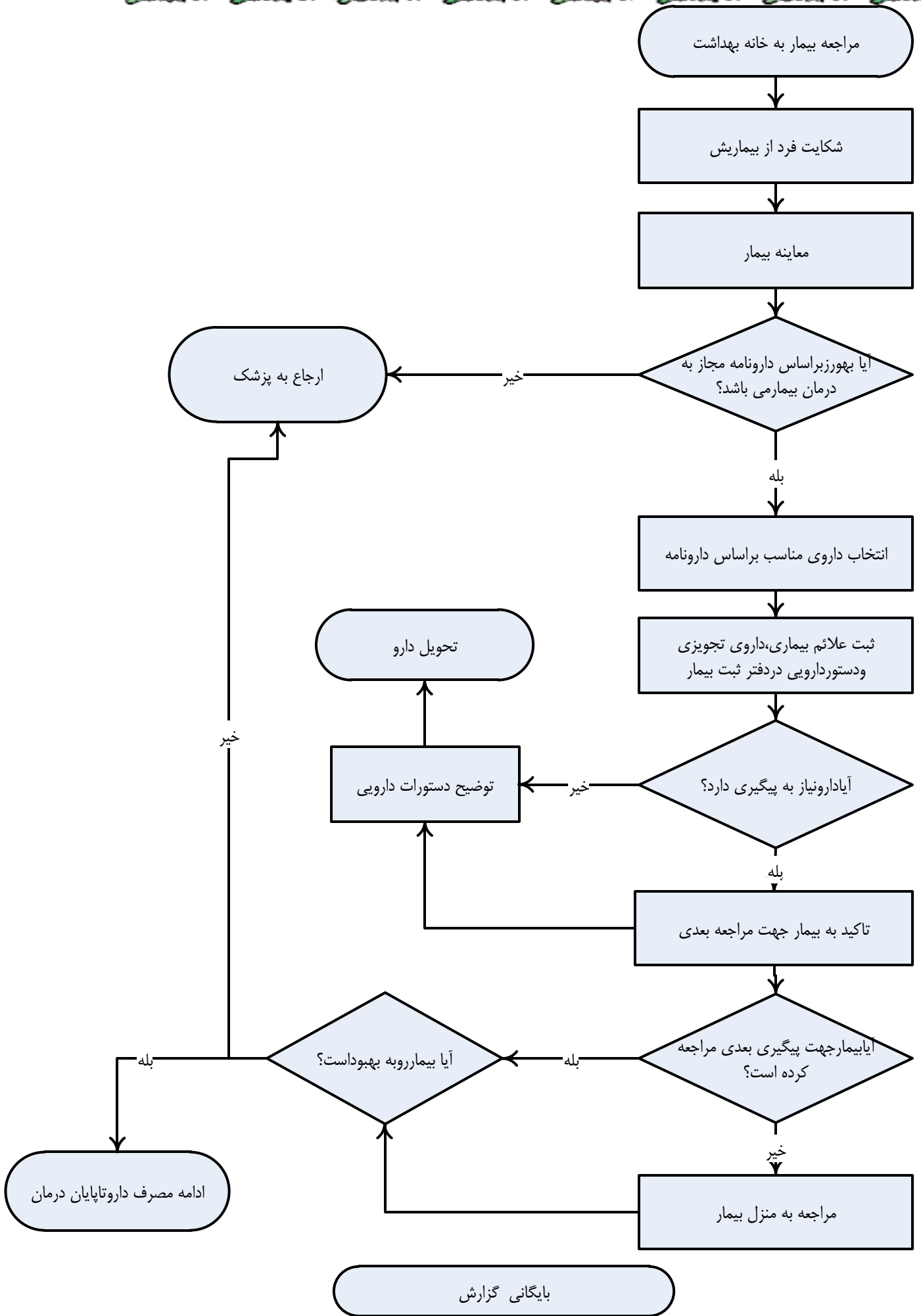
فرآیند تحویل ارقام بهداشتی به مراجعین در داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی



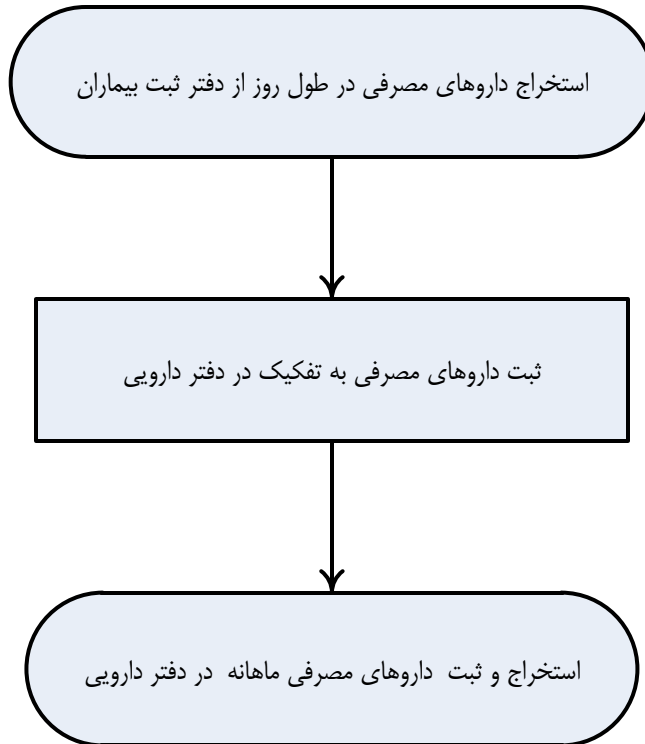
## فرآیند ثبت آمار ارقام مصرفی در مراکز فاقد داروخانه و پایگاه ها



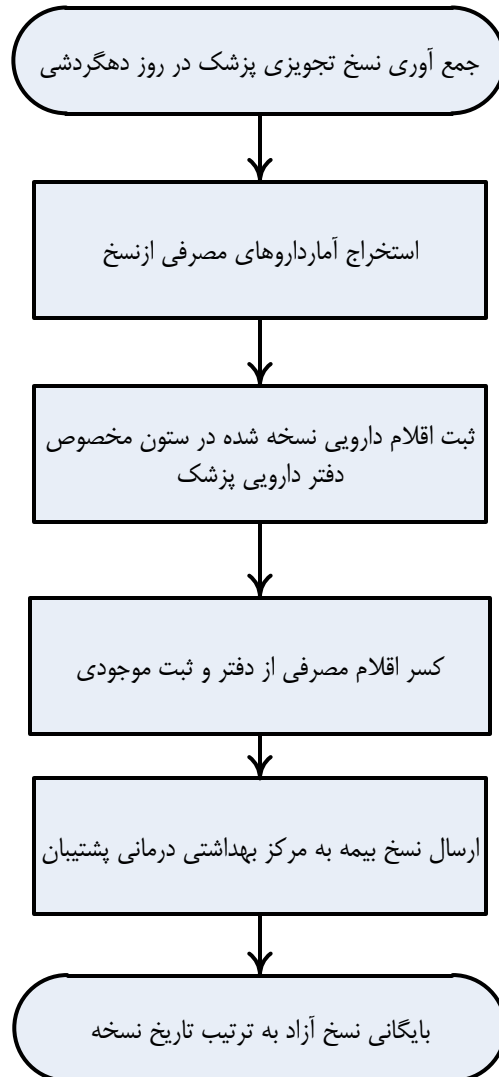
# فرآیند تحویل دارو توسط بهورز به بیمار در خانه بهداشت



## فرآیند ثبت آمار اقلام مصرفی در خانه های بهداشت

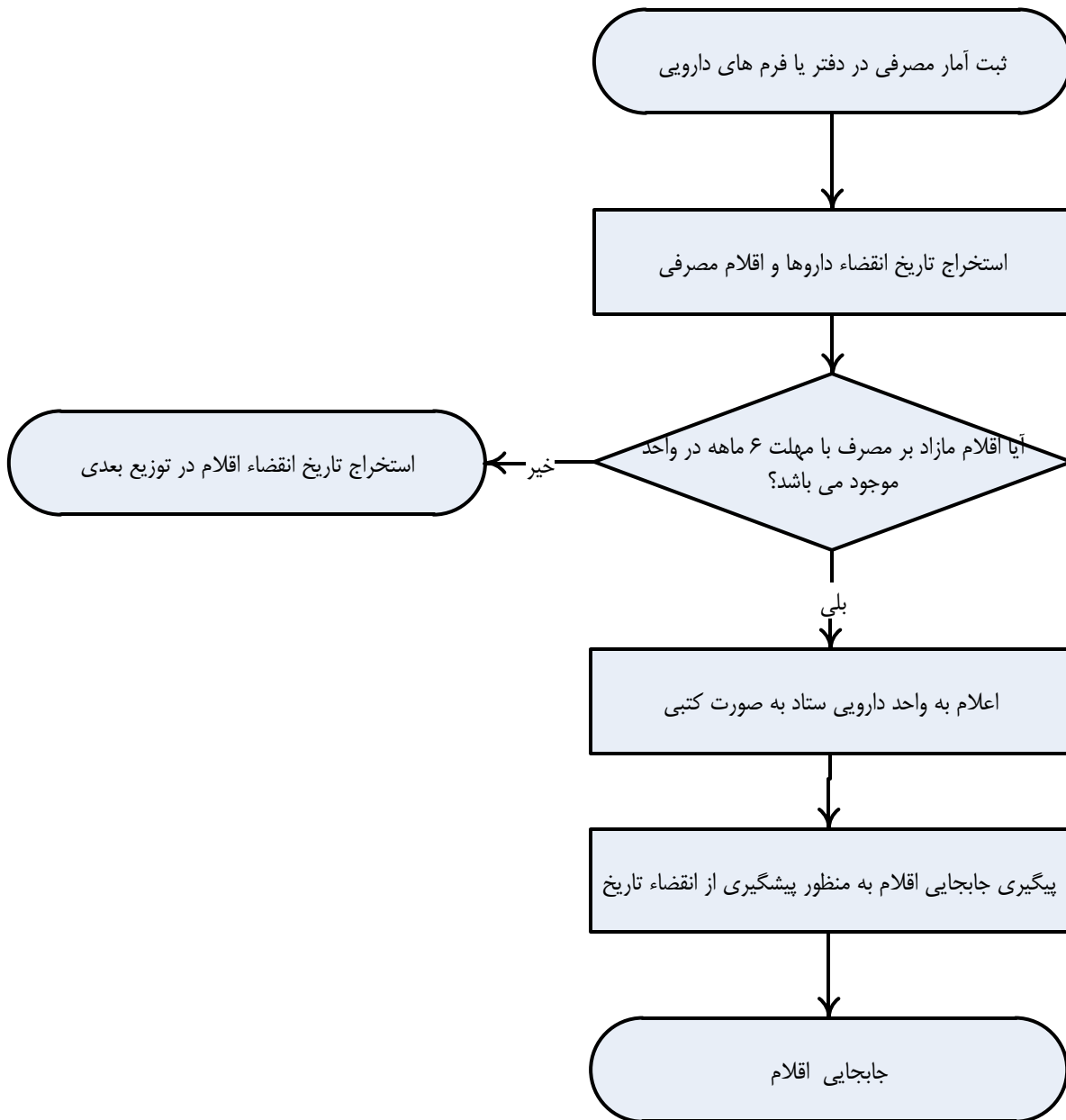


## فرآیند ثبت آمار روزانه نسخ تجویزی پزشک در خانه بهداشت توسط بهورز

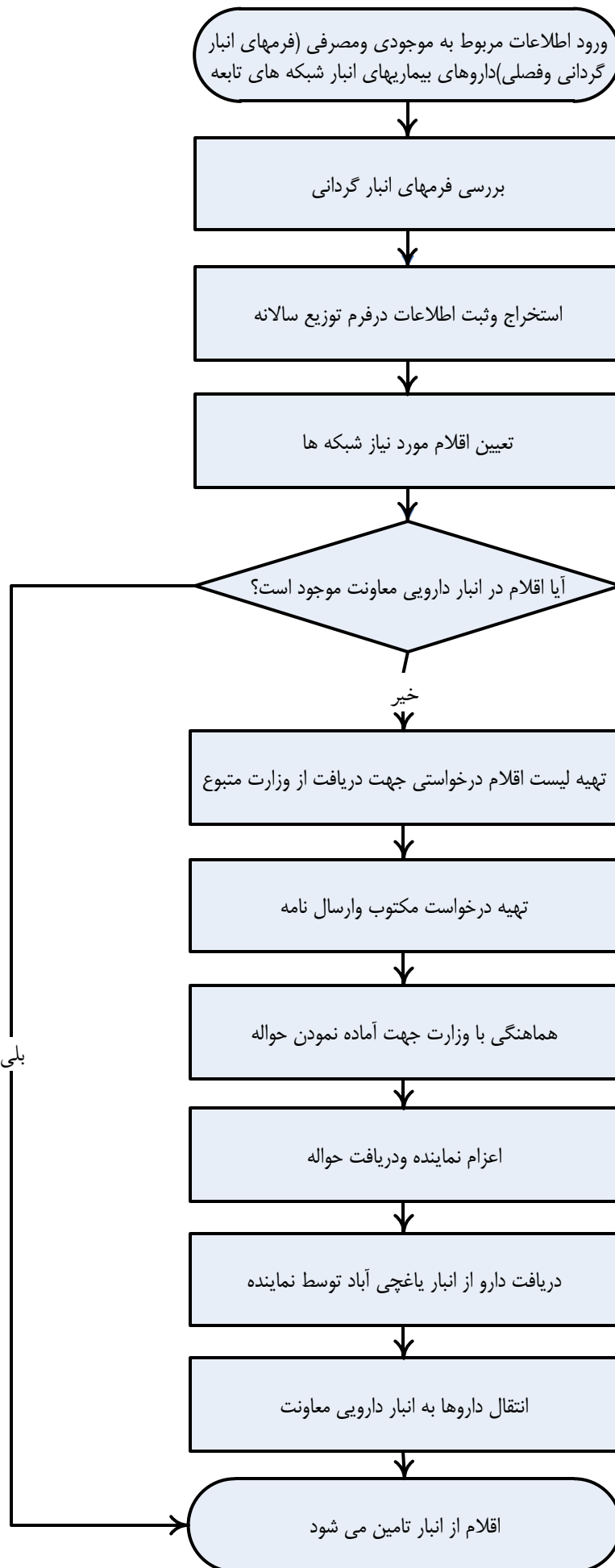




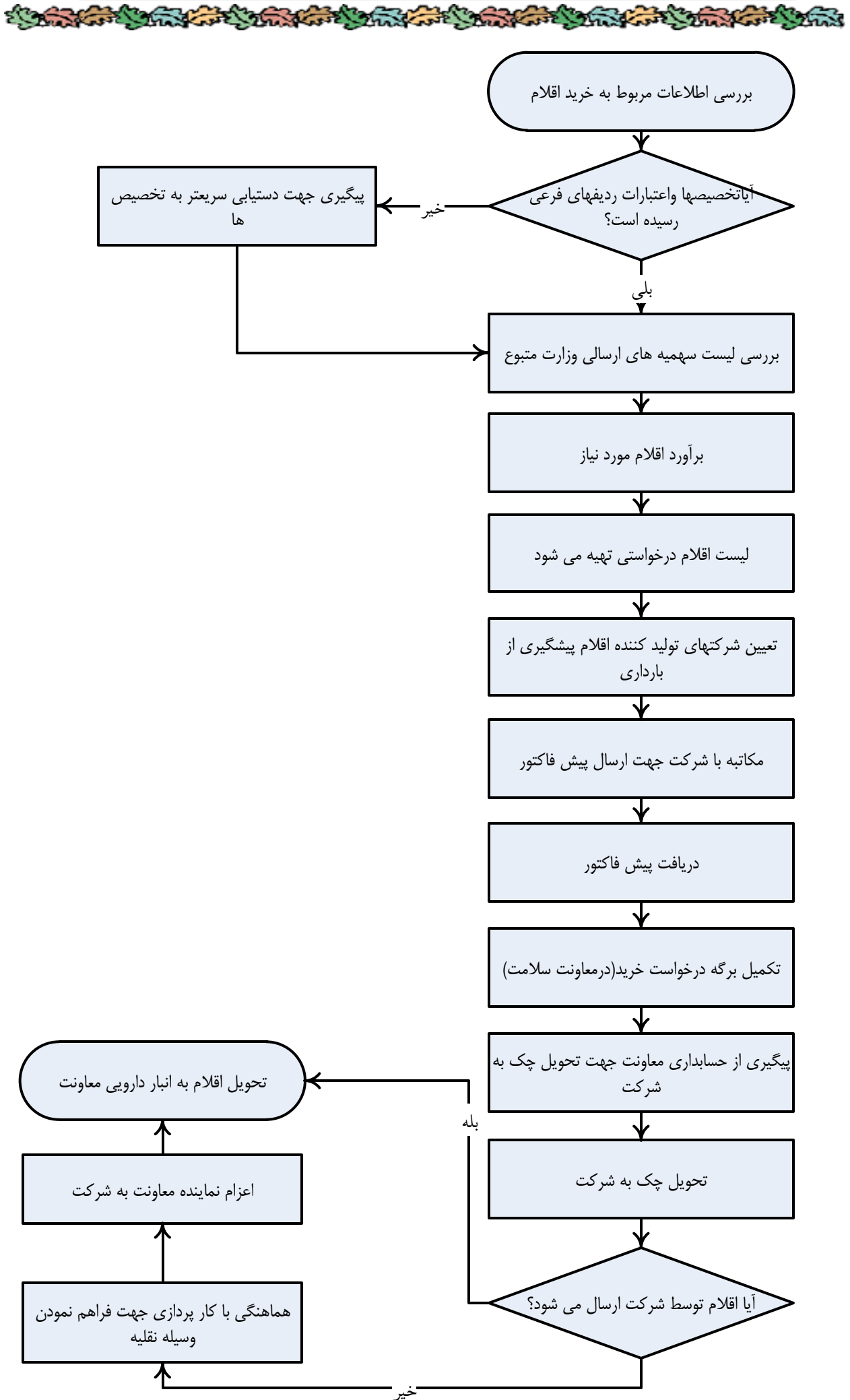
فرآیند بررسی تاریخ انقضاء داروها و اقلام مصرفی در مرکز بهداشتی  
درمانی، پایگاه ها و خانه های بهداشت



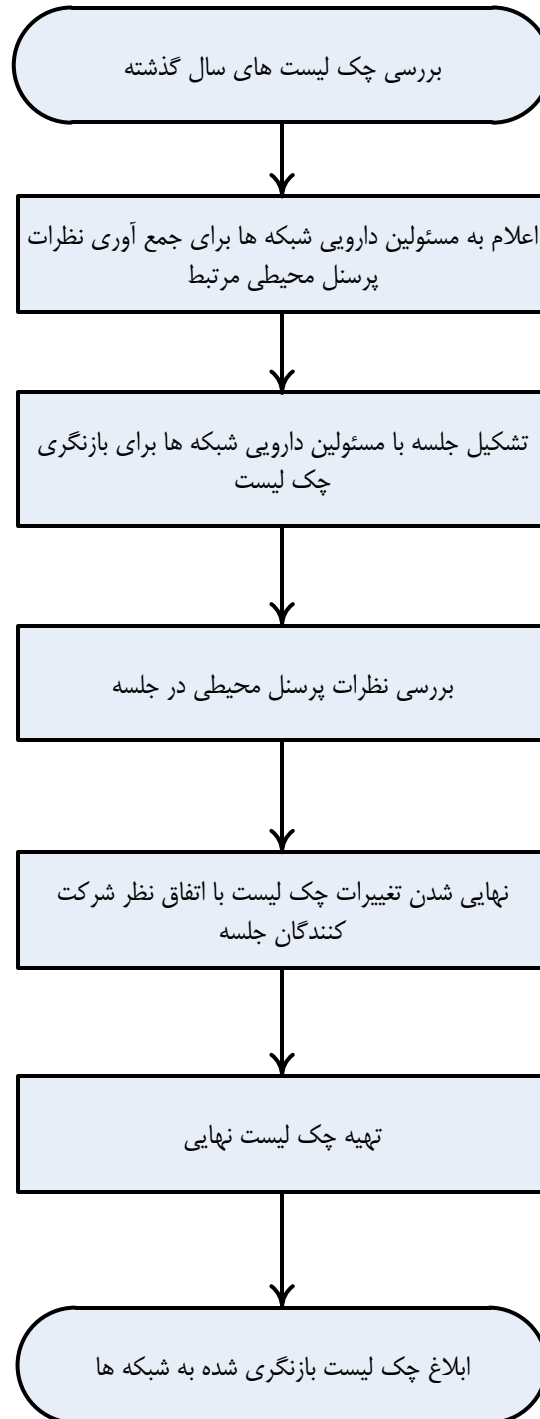
# فرآیند تأمین داروهای بیماری‌ها (سل، ایدز، مالاریا و...) برای شبکه‌های تابعه تحت پوشش



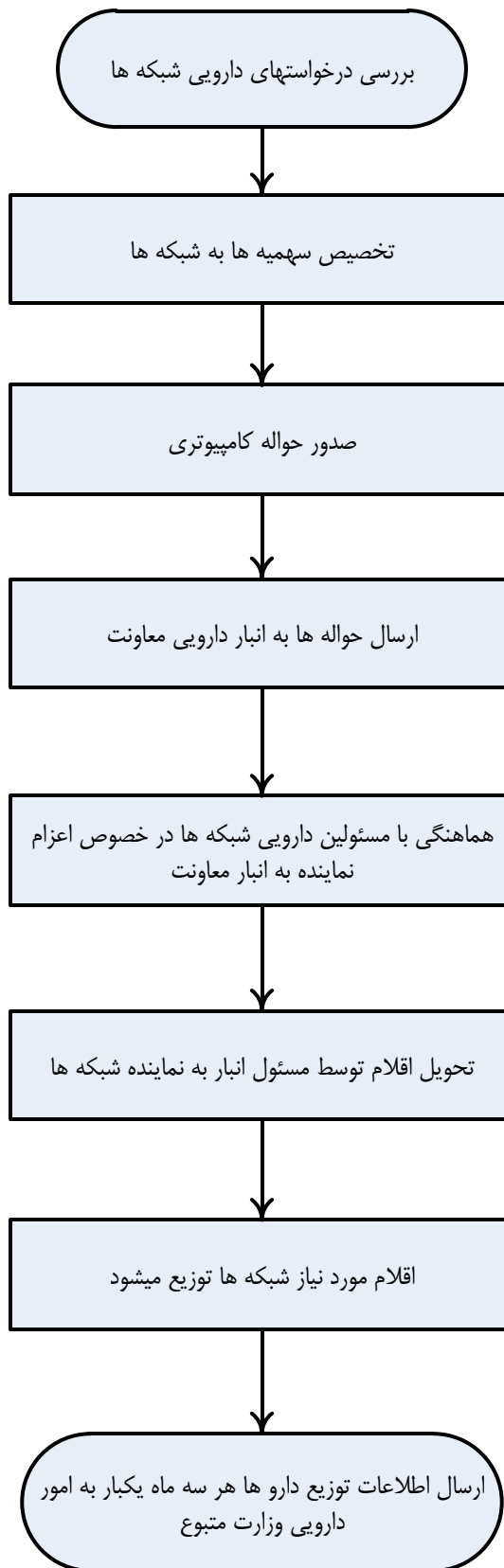
# فرآیند خرید (تأمین) اقلام پیشگیری از بارداری برای شبکه های تابعه تحت پوشش



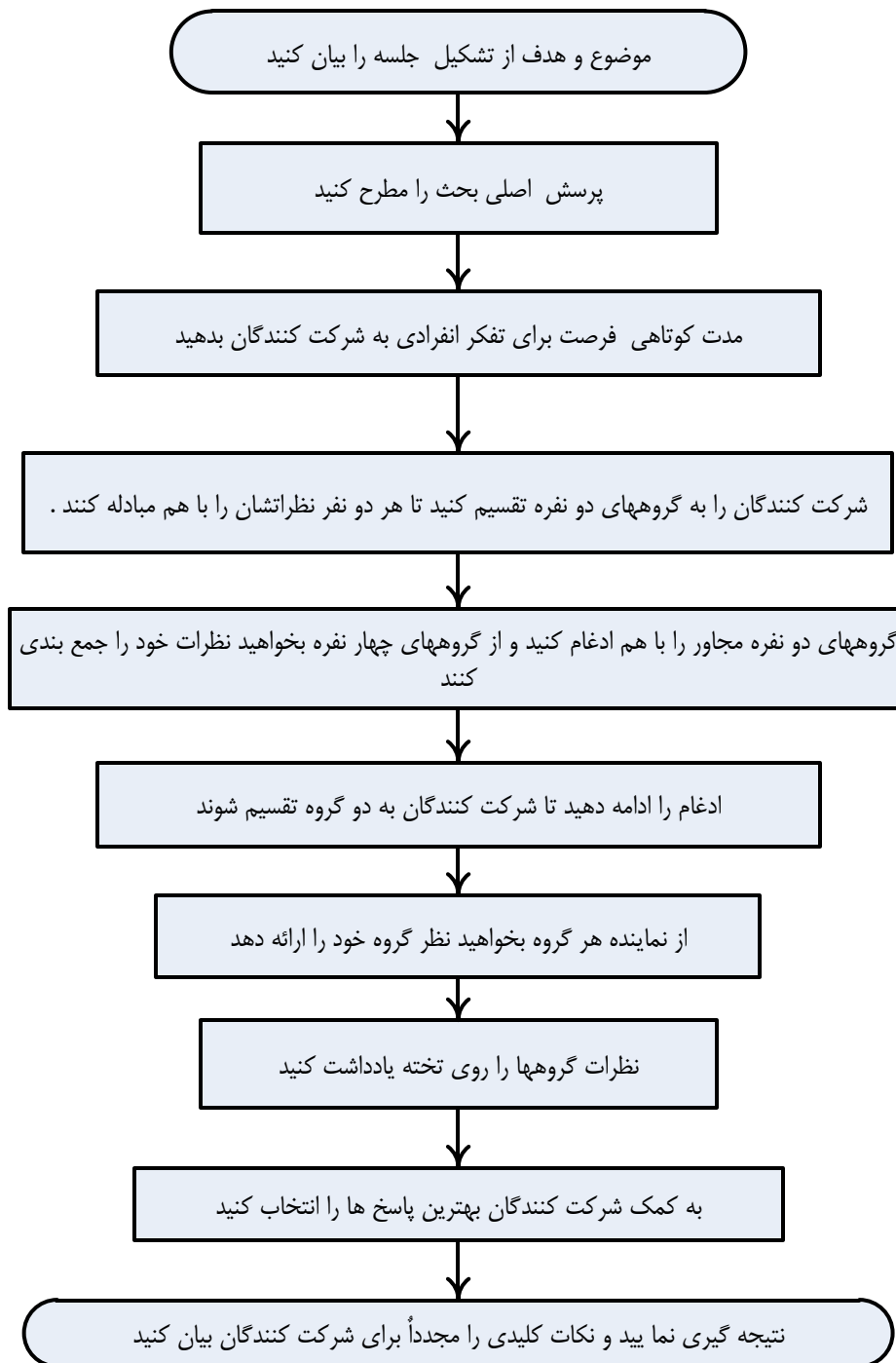
## فرآیند بازنگری چک لیست ها نظارتی واحد امور دارویی



## فرآیند توزیع داروها برای شبکه های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران



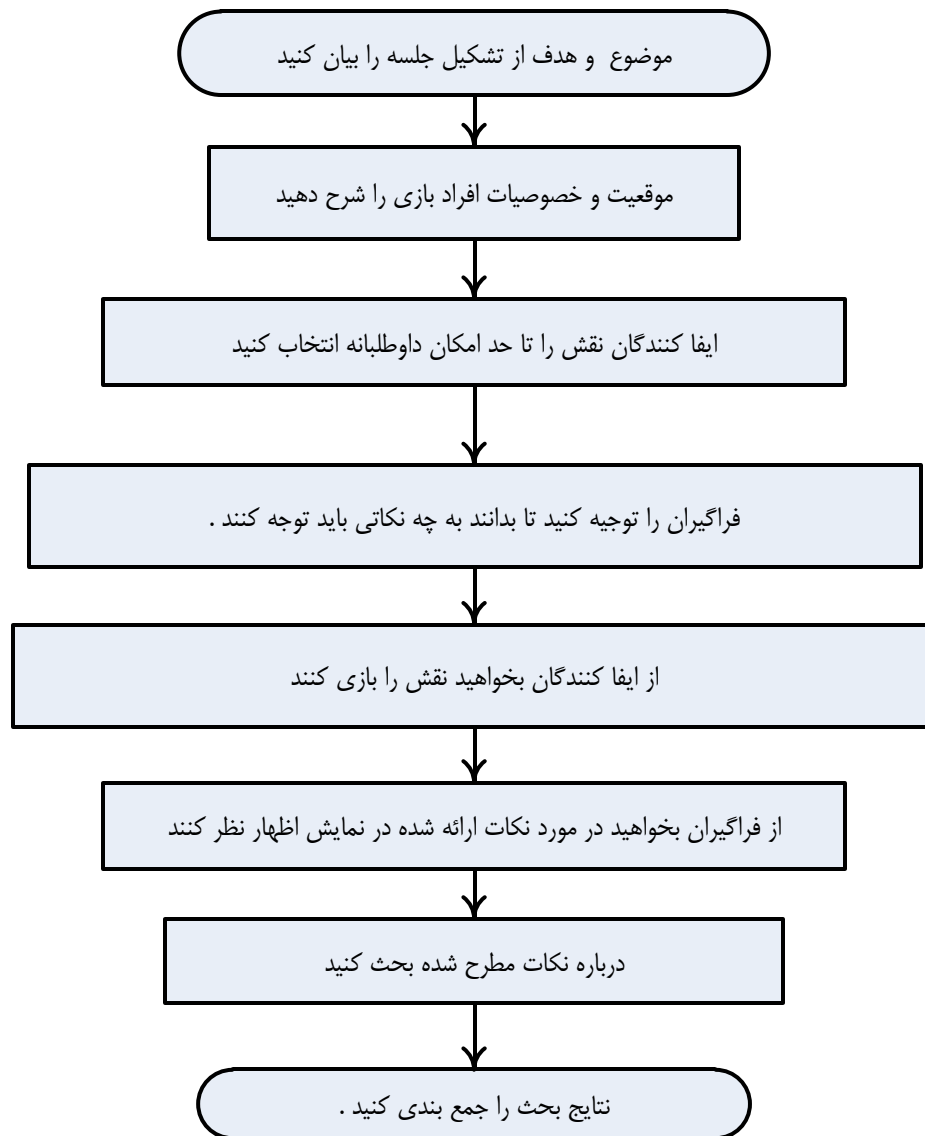
## فرآیند شیوه آموزش گلوله برفی



### نکات کلیدی :

- ۱- شیوه گلوله برفی مانند سایر انواع بحث گروهی علاوه بر ایجاد انگیزه و نگرش و تغییر رفتار باعث افزایش آگاهی و بخاطر سپاری بیشتر می شود.
- ۲- شیوه گلوله برفی در مواقعی بکار گرفته می شود که فراگیران تجربه ای در مورد موضوع مورد بحث ندارند.
- ۳- شیوه گلوله برفی در مواقعی بکار گرفته می شود که اداره کننده بحث ، خود ایده شخصی برای حل مشکل و موضوع مطرح شده ندارد.
- ۴- همه شرکت کنندگان نظر خود را بیان می کنند و نظرشان در گروههای بزرگتر مورد تأیید قرار می گیرد.
- ۵- استفاده از این شیوه در صورتی مطلوب است که شرکت کنندگان قادر به حرکت دادن صندلی هایشان باشند و حداقل ۸ نفر باشند.

## فرآیند شیوه ایفای نقش

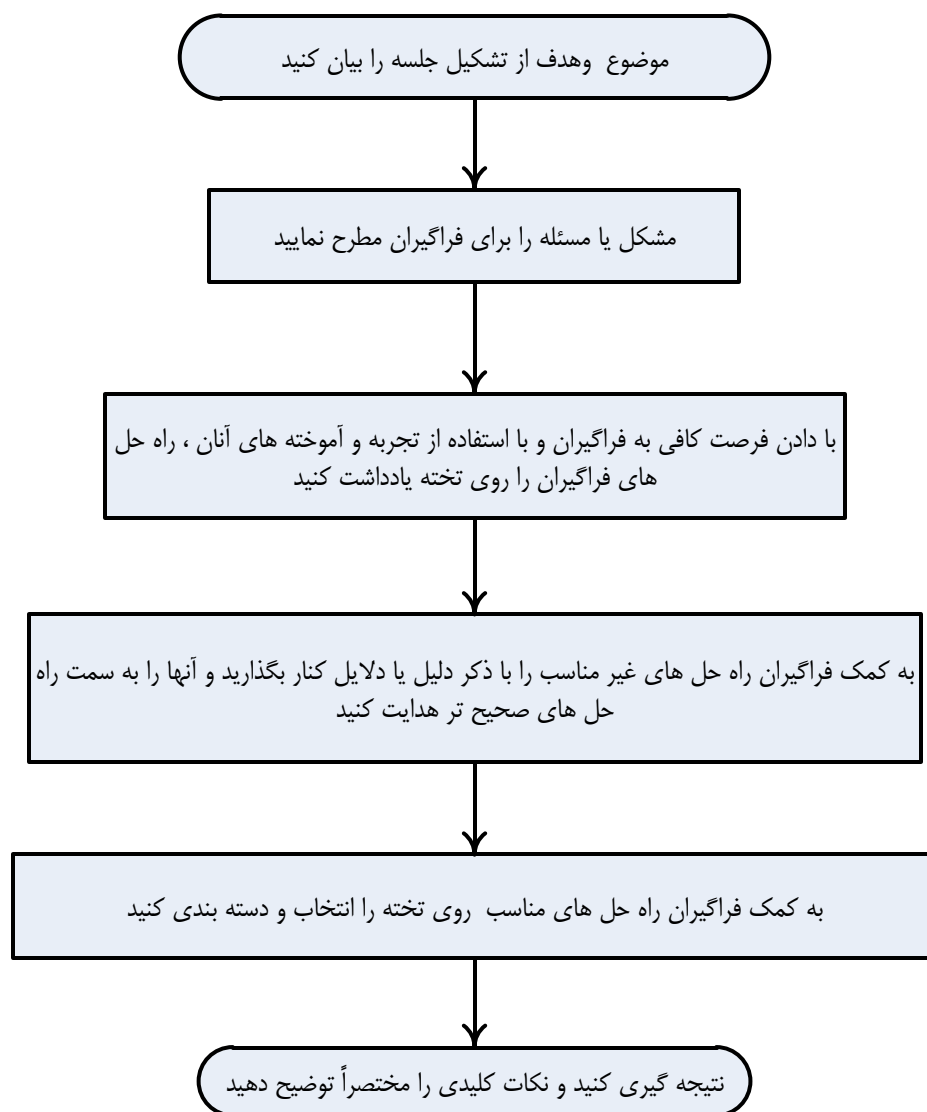


### نکات کلیدی :

- ۱ - شیوه ایفای نقش فن خوبی برای آموزش مهارت‌های ارتباطی و انتقال نگرش‌های مطلوب است .
- ۲ - بحث پس از پایان نقش جایگاه بسیار تعیین کننده در موقعیت ایفای نقش دارد .
- ۳ - ایفای نقش شیوه ای برای یادگیری فراگیران است به شرط آنکه از ابتدا به صورت فعال دخالت داشته باشند .

نکته مهم : در صورت داشتن زمان کافی برای اجرای این شیوه می توانید فرصتی را برای آمادگی به ایفا کنندگان نقش اختصاص دهید.

## فرآیند شیوه حل مسأله

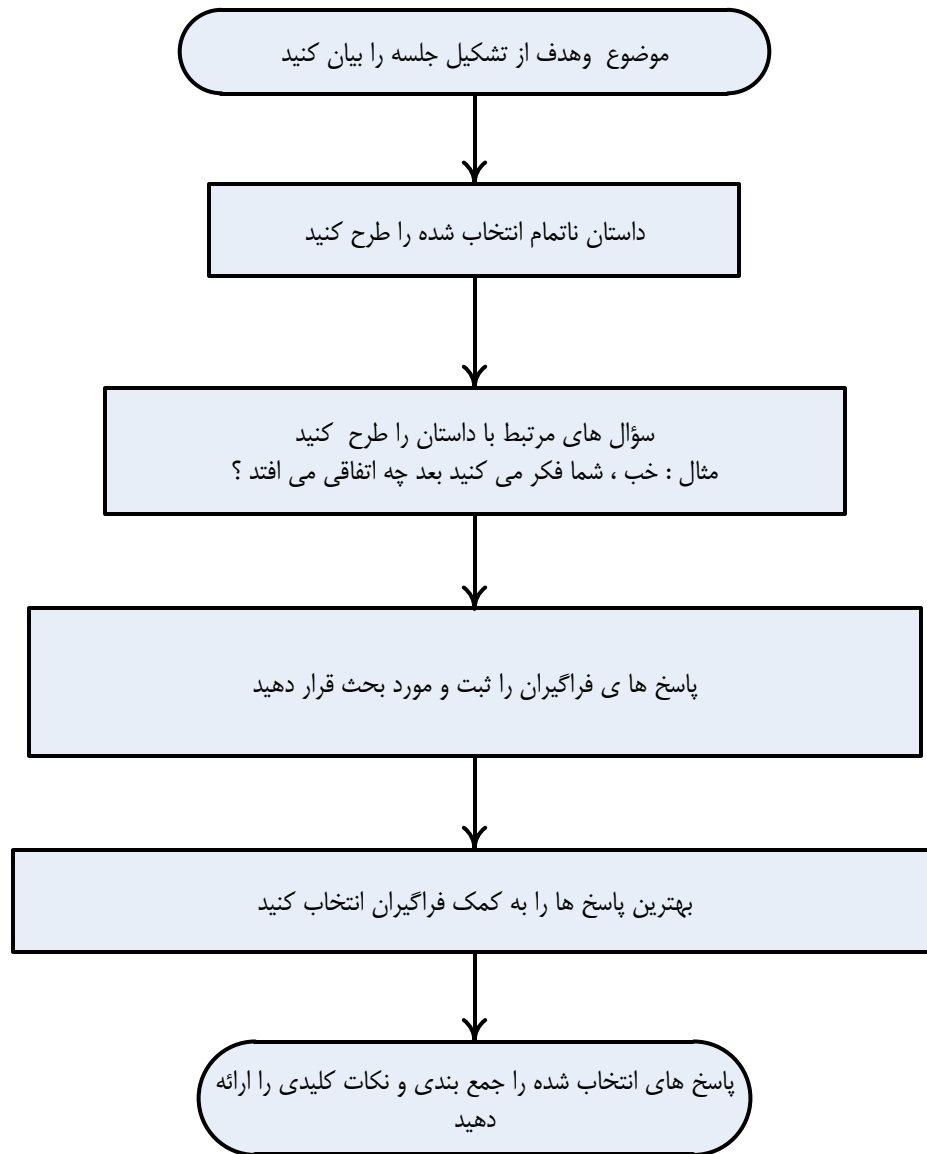


### نکات کلیدی :

- ۱- این روش برای شناخت عمیق که منجر به خلاقیت می شود و به دنبال آن نگرش ایجاد می کند ، مفید است .
- ۲- برای طرح مسدله می توان از طرق مختلفی از جمله ترسیم موقعیت داستانی یا حقیقی ، نمایش یک فیلم کوتاه ، ارائه عکس ، تصویر ، پوستر ، و ، ... سؤال برانگیزاننده و و غیره استفاده کرد .
- ۳- نقش مربی در تحلیل راه حل های متنوع یک مسأله و پایبندی به اصول علمی در پاسخ دادن به ابهامها بسیار مهم است .
- ۴- اگر فراگیر حل مسأله را فرا بگیری ، اعتماد به نفس و مهارت لازم برای مواجهه و روبرو شدن با موارد واقعی را به تدریج کسب می کند .



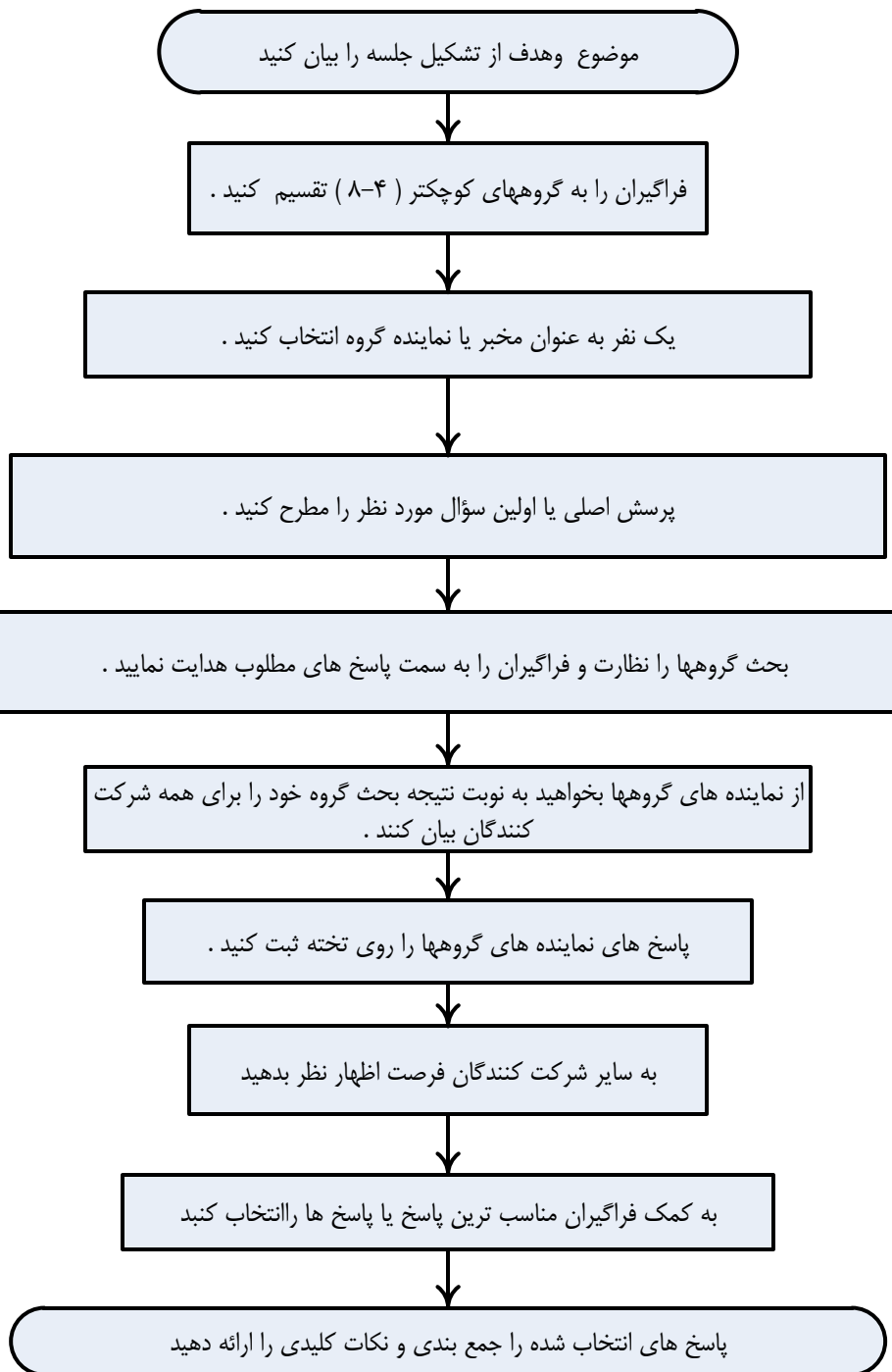
## فرآیند شیوه داستان ناتمام



### نکات کلیدی:

- ۱- داستان گویی علاوه بر ایجاد انگیزه و تشویق در حیطه های نگرشی و مهارتی باعث افزایش دانش فراگیران نیز می شود.
  - ۲- داستان گویی روش خوبی برای برقراری ارتباط در بهداشت است.
  - ۳- همه نسبت به داستان ها علاقمندند و فراگیران می توانند خود را به صورت تجسمی بجای شخصیت داستان در نظر بگیرند.
  - ۴- مطالب ارائه شده در قالب داستان بیشتر به خاطر سپرده می شود.
  - ۵- بیان داستان به مردم اجازه می دهد تا نکات مهم را درک کنند.
  - ۶- بحث پس از داستان، مکمل فعالیت آموزشی است. بهتر است در این بحث ها ابتدا به قهرمانان داستان پرداخته شود و سپس درباره مسائل محلی گفتگو شود.
- نکته مهم: در تهیه داستان های آموزشی نباید طوری عمل کرد که فرد محلی (بومی) بد و فرد غیر بومی مثبت و خوب جلوه داده شود.

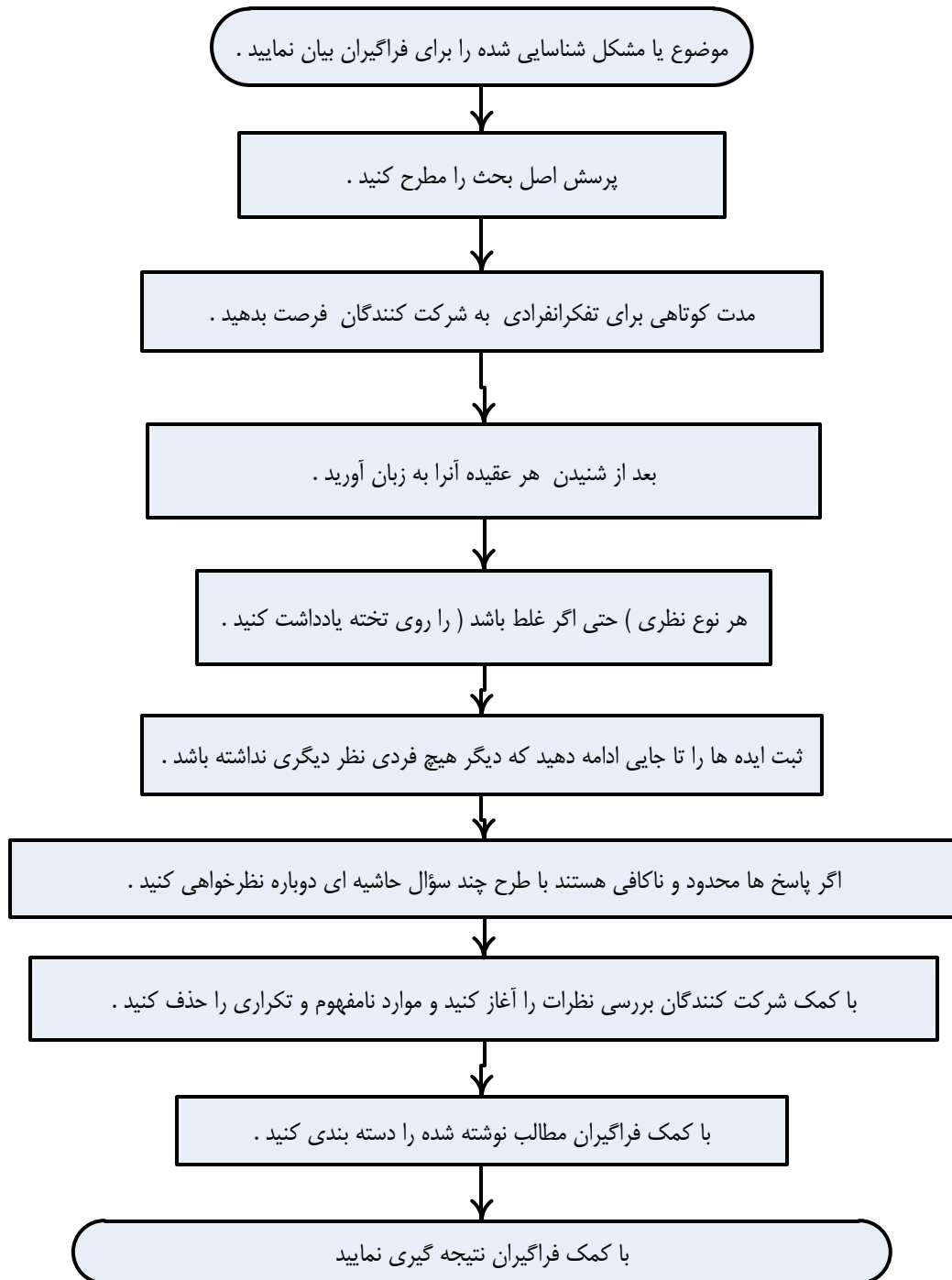
## فرآیند شیوه بحث گروهی



### نکات کلیدی :

- ۱- در پایان جلسه مدرس می تواند در حین نتیجه گیری مختصر در مورد نکات کلیدی که باید مورد توجه قرار گیرد ، سخنرانی نماید
- ۲- ای بحث در گروههای کوچک باید بتوان صندلی ها را جابجا کرد و کنار هم چید تا اعضای گروه مجاور هم باشند .
- ۳- افراد کم رو بیشتر امکان اظهار نظر دارند و حس اعتماد به نفس در آنها تقویت می گردد .

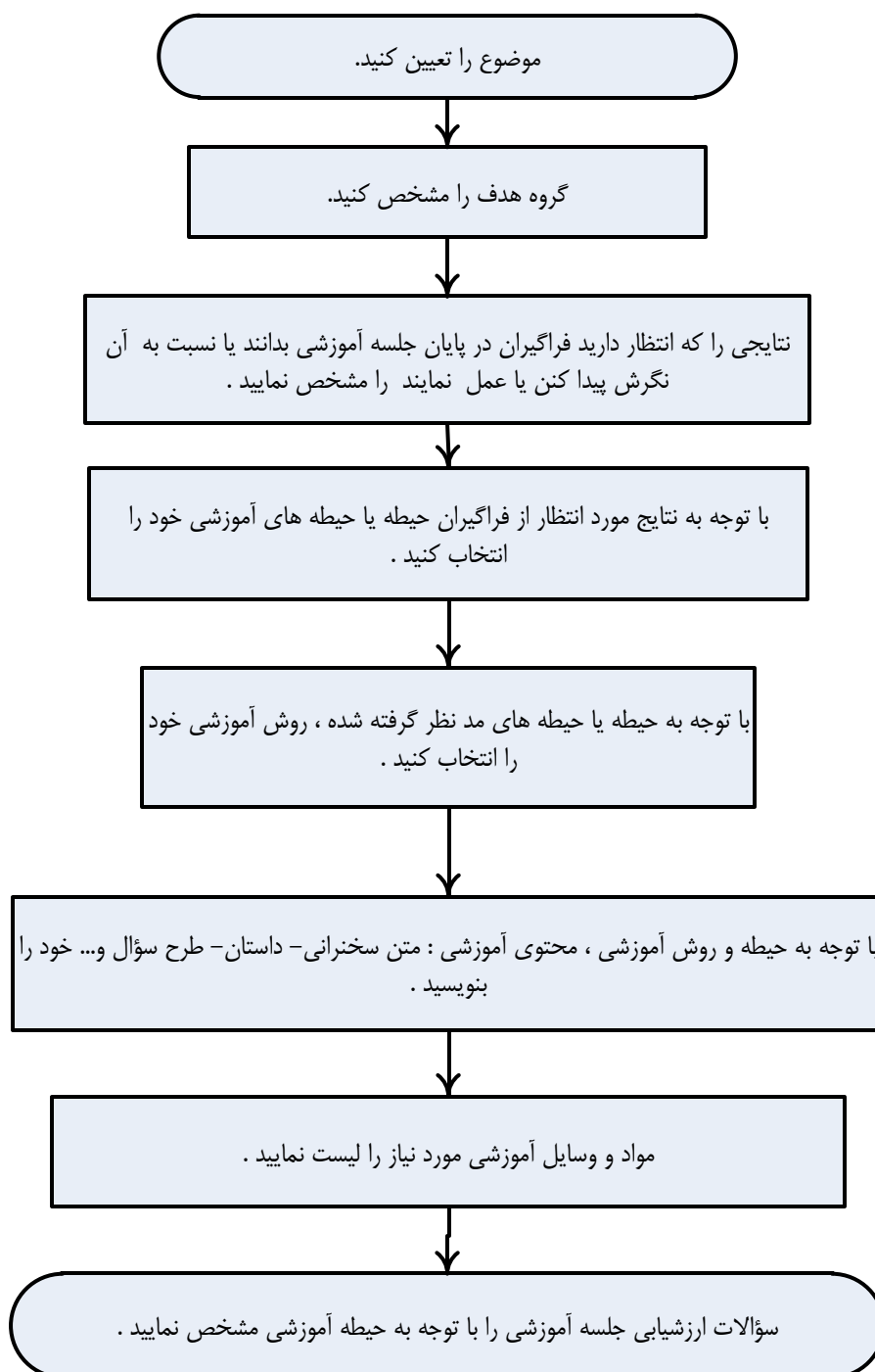
## فرآیند شیوه بارش افکار



### نکات کلیدی :

- ۱ - بارش افکار در مواقعی به کار گرفته می شود که لازم است نظر های افراد آزادانه ابراز شود .
- ۲ - بارش افکار در مواقعی به کار گرفته می شود که اداره کننده بحث خود ایده مشخصی برای حل مشکل مطرح شده ندارد .
- ۳ - اداره کننده بحث باید به اداره جلسه با این روش تسلط کافی داشته باشد .

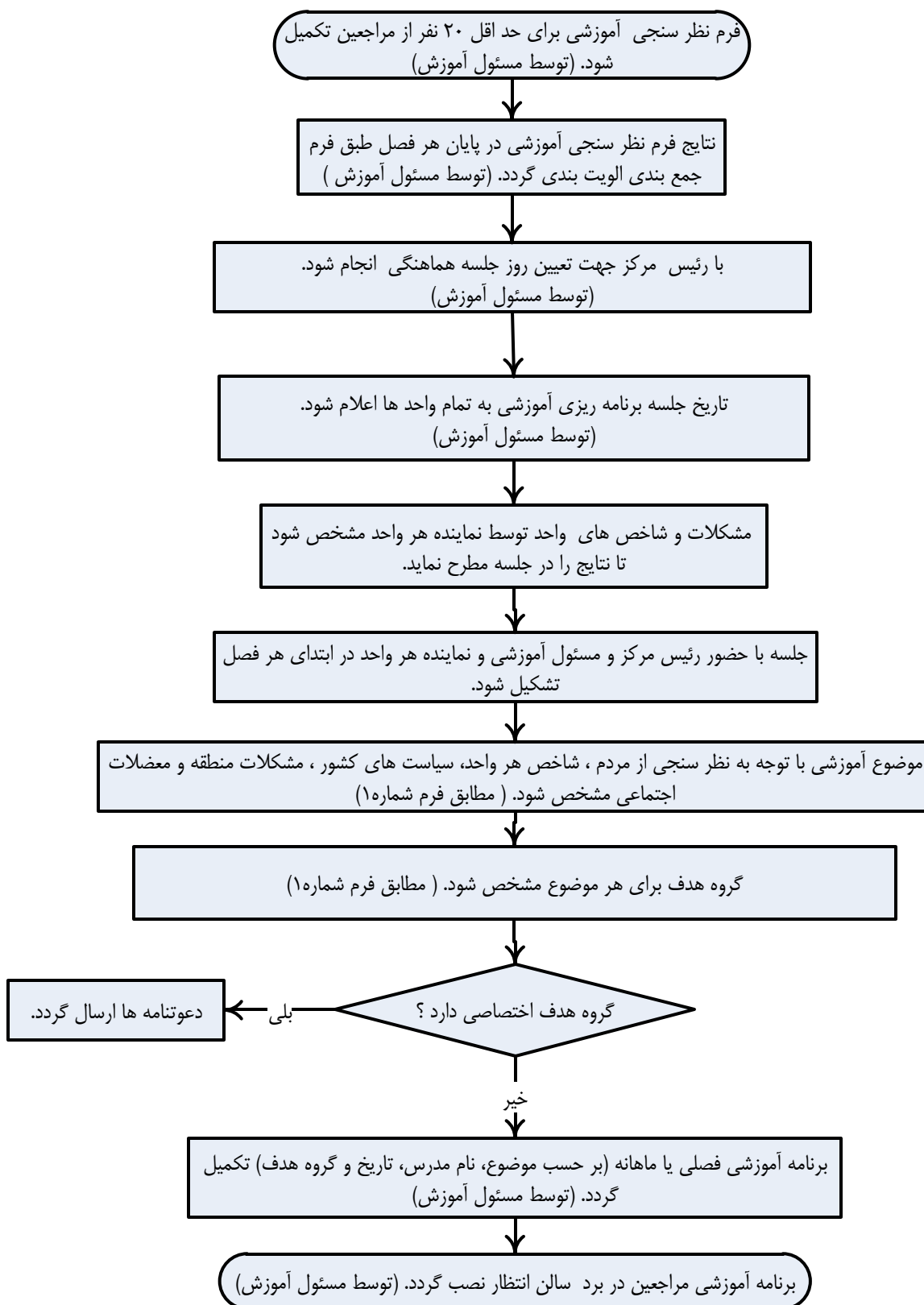
## فرآیند تهیه طرح درس



### نکات کلیدی :

۱. موضوع آموزشی را تا حد امکان کوچک و کاربردی در نظر بگیرید.
۲. برای انتخاب شیوه آموزشی به فلوجارت مربوطه مراجعه نمایید.

## فرآیند نیازسنجی و برنامه نویسی آموزشی



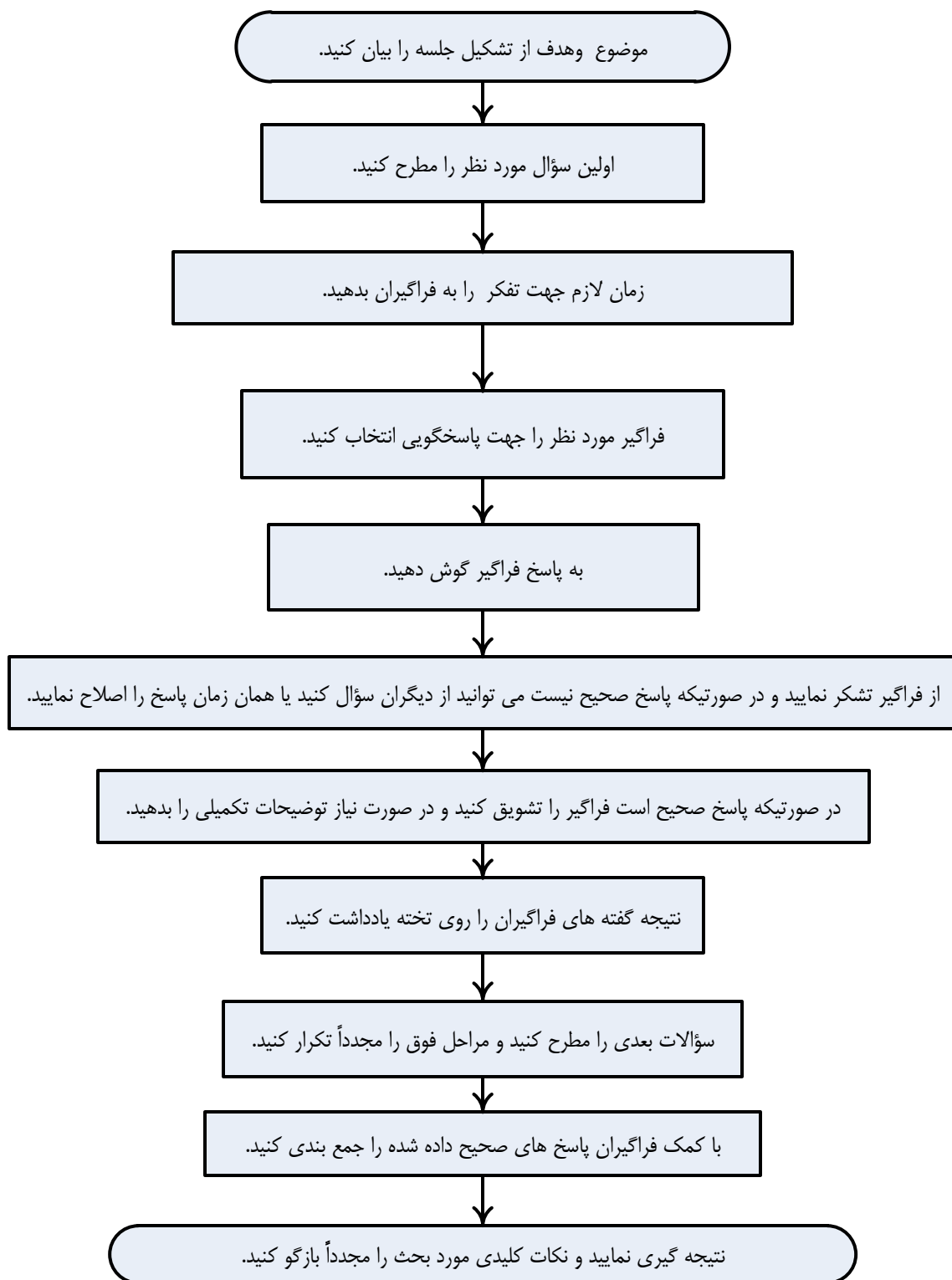
نکات کلیدی:

جهت تکمیل فرم های نیاز سنجی:

۱- مراجعین بطور تصادفی انتخاب شوند.

۲- فرمها بین مراجعین توزیع شود یا مصاحبه انجام شود.

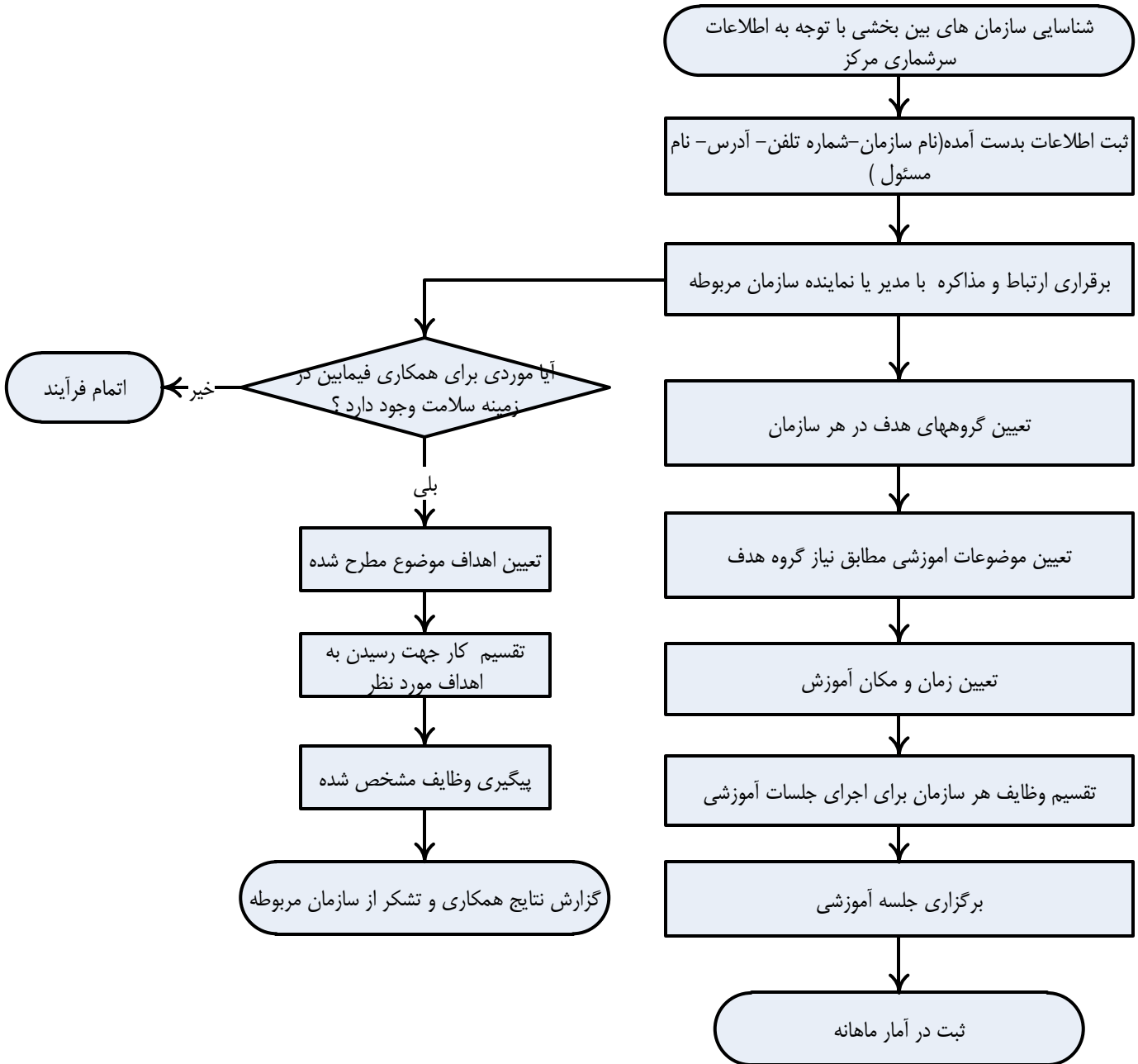
## فرآیند شیوه پرسش و پاسخ



### نکات کلیدی :

- ۱- شیوه پرسش و پاسخ علاوه بر ایجاد انگیزه و ایجاد تغییر رفتار ، باعث افزایش دانش و بخاطر سپاری بیشتر می گردد .
- ۲- شیوه پرسش و پاسخ در مواقعی بکار گرفته می شود که فراگیران تجربه ای در رابطه با موضوع داشته باشند .
- ۳- با استفاده از این روش می توان توجه فراگیران را به موضوع و مفهوم جدید جلب نمود .
- ۴- فراگیر باید احساس آزادی و آرامش کند و احساس کند در صورت غلط بودن جواب ، مورد مؤاخذه قرار نمی گیرد .
- ۵- با استفاده از این روش می توان درک فراگیران را از موضوع مورد بحث یا سخنرانی ارزیابی نمود .

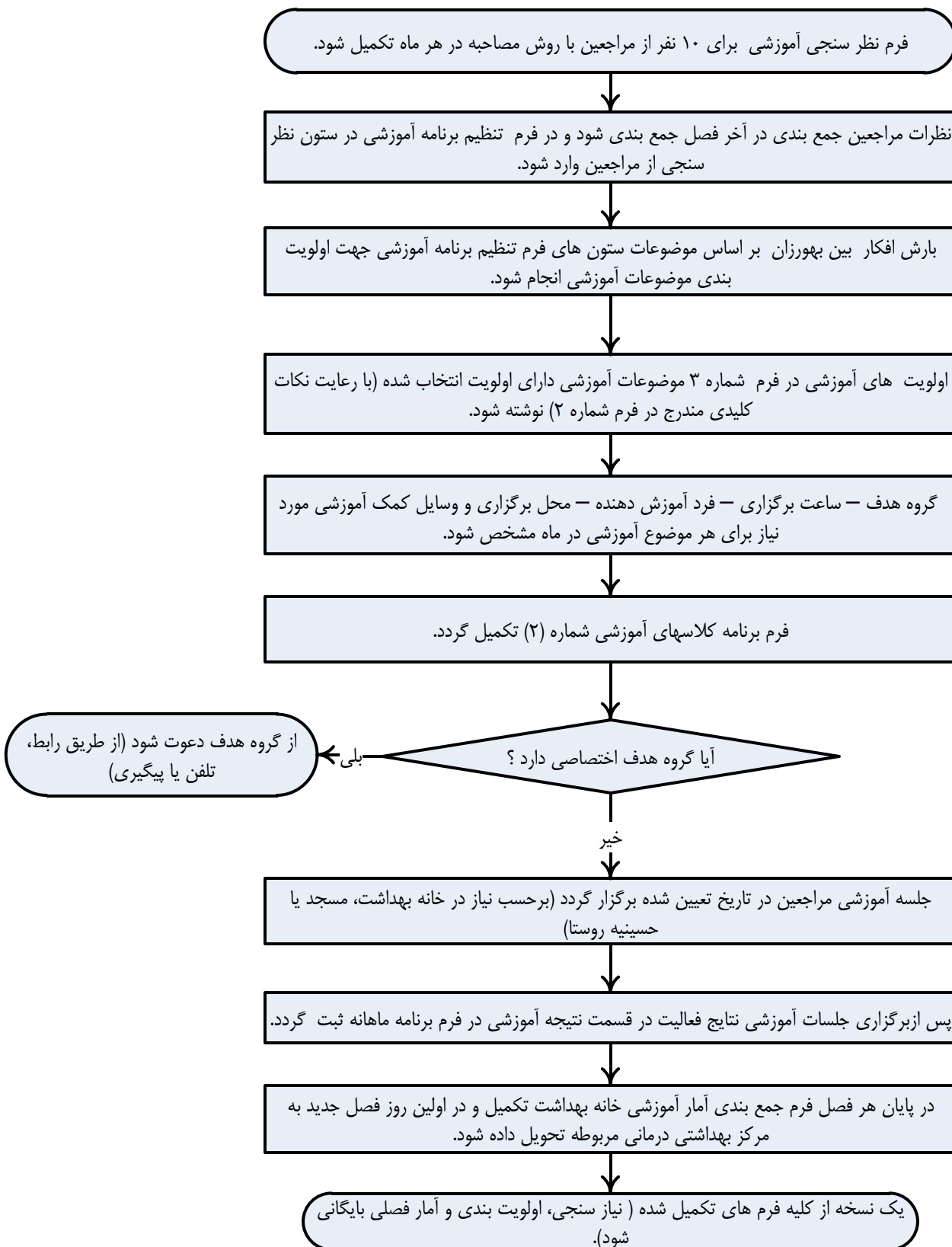
## فرآیند سازمان های بین بخشی



نکات کلیدی :

تعیین مکان و جمع آوری گروههای هدف بعهدہ سازمان بین بخشی، تأمین مدرس و اجرای جلسه آموزش بعهدہ مرکز بهداشتی درمانی است .

## فرآیند برگزاری جلسات آموزشی مراجعین در خانه های بهداشت

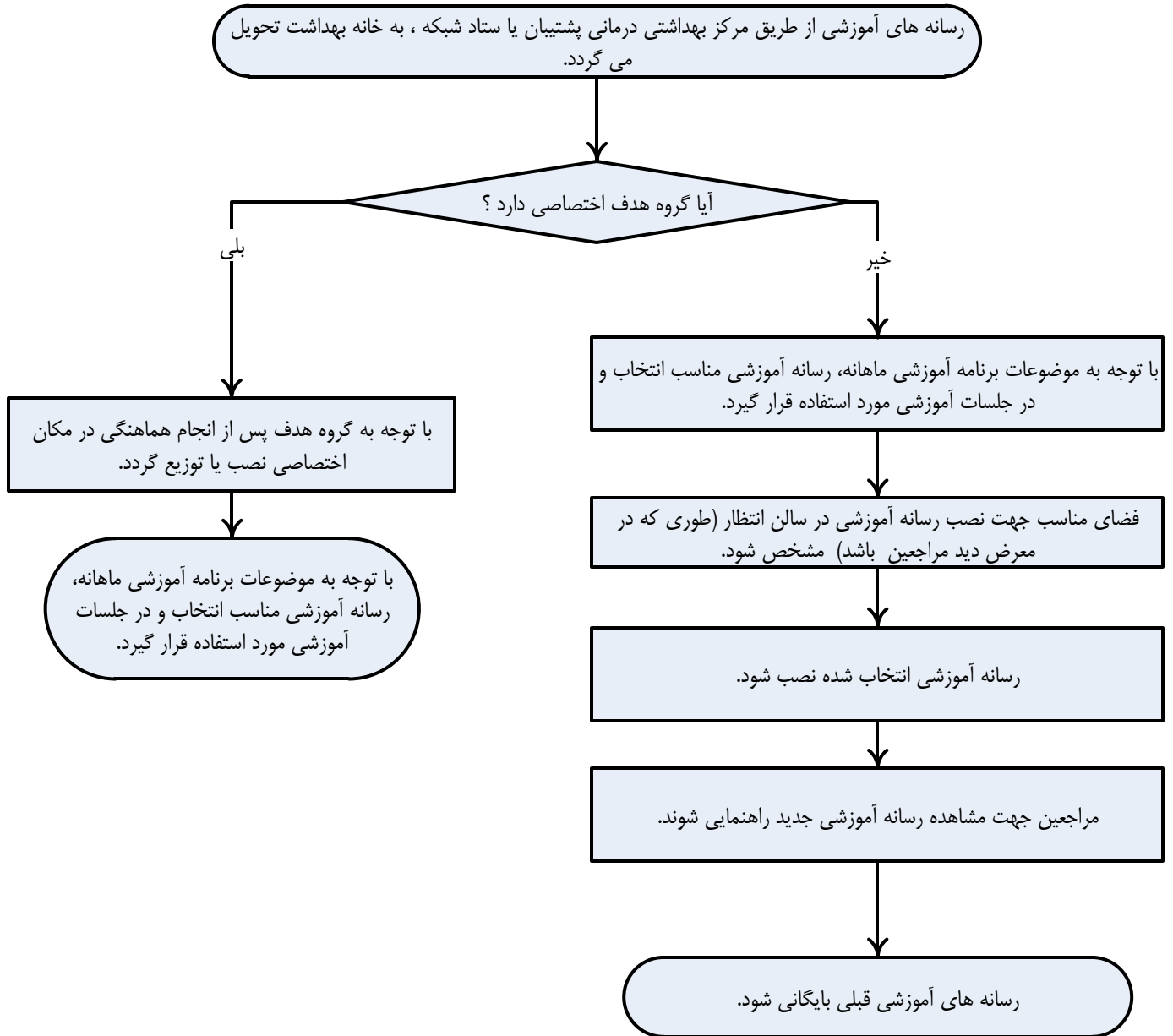


### نکات کلیدی :

در صورت لزوم در هر فصل با هماهنگی قبلی بهورز ، مدرس از مرکز پشتیبان جهت برگزاری جلسه آموزشی به خانه بهداشت مراجعه نماید .



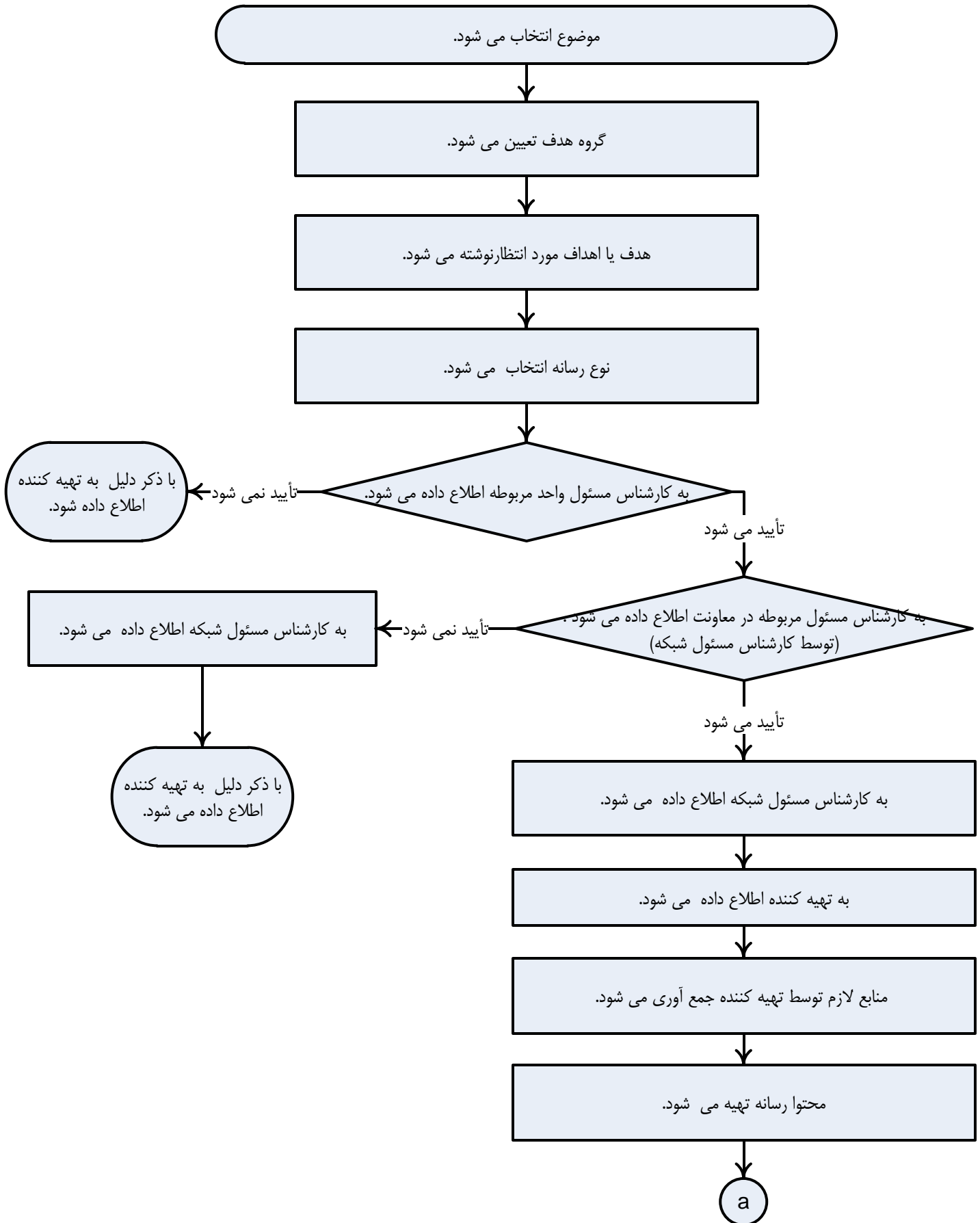
## فرآیند کاربرد رسانه آموزشی در خانه بهداشت



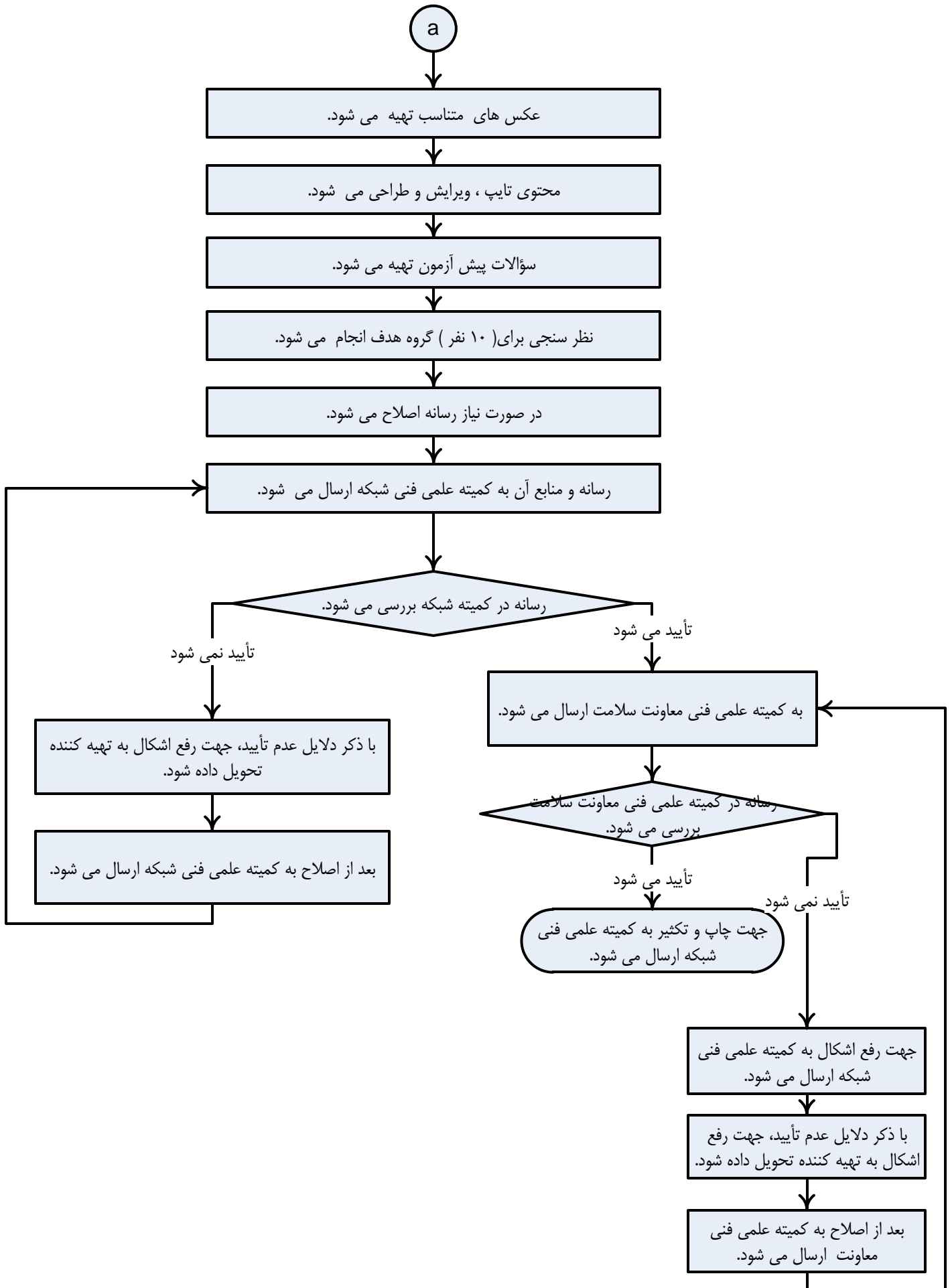
### نکات کلیدی :

- ۱- رسانه آموزشی شامل : پوستر ، پمفلت ، تراکت و ... می باشد.
- ۲- از شلوغ بودن بیش از حد تابلو آموزشی خودداری شود .

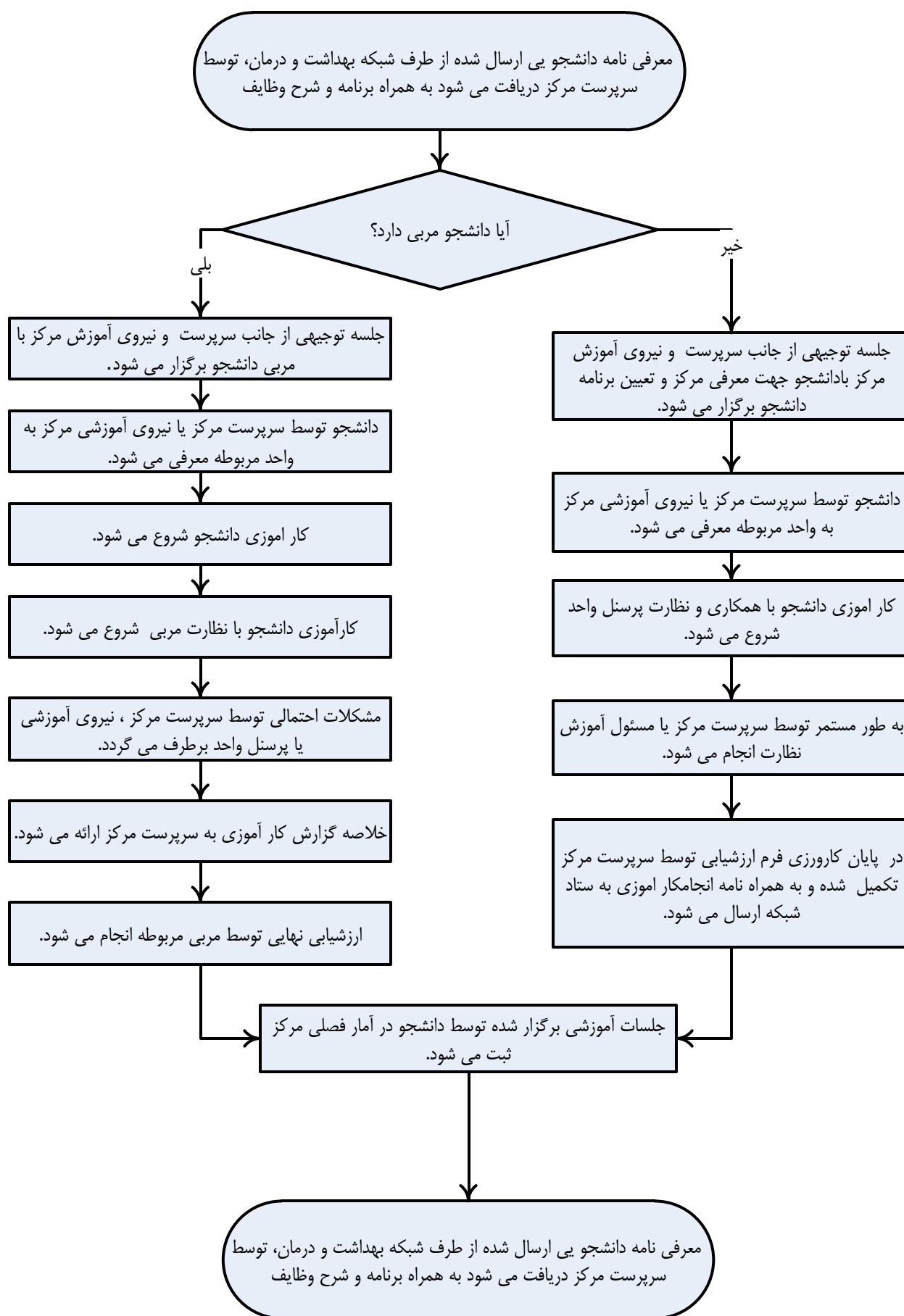
# فرآیند تهیه و ارسال رسانه به کمیته علمی فنی



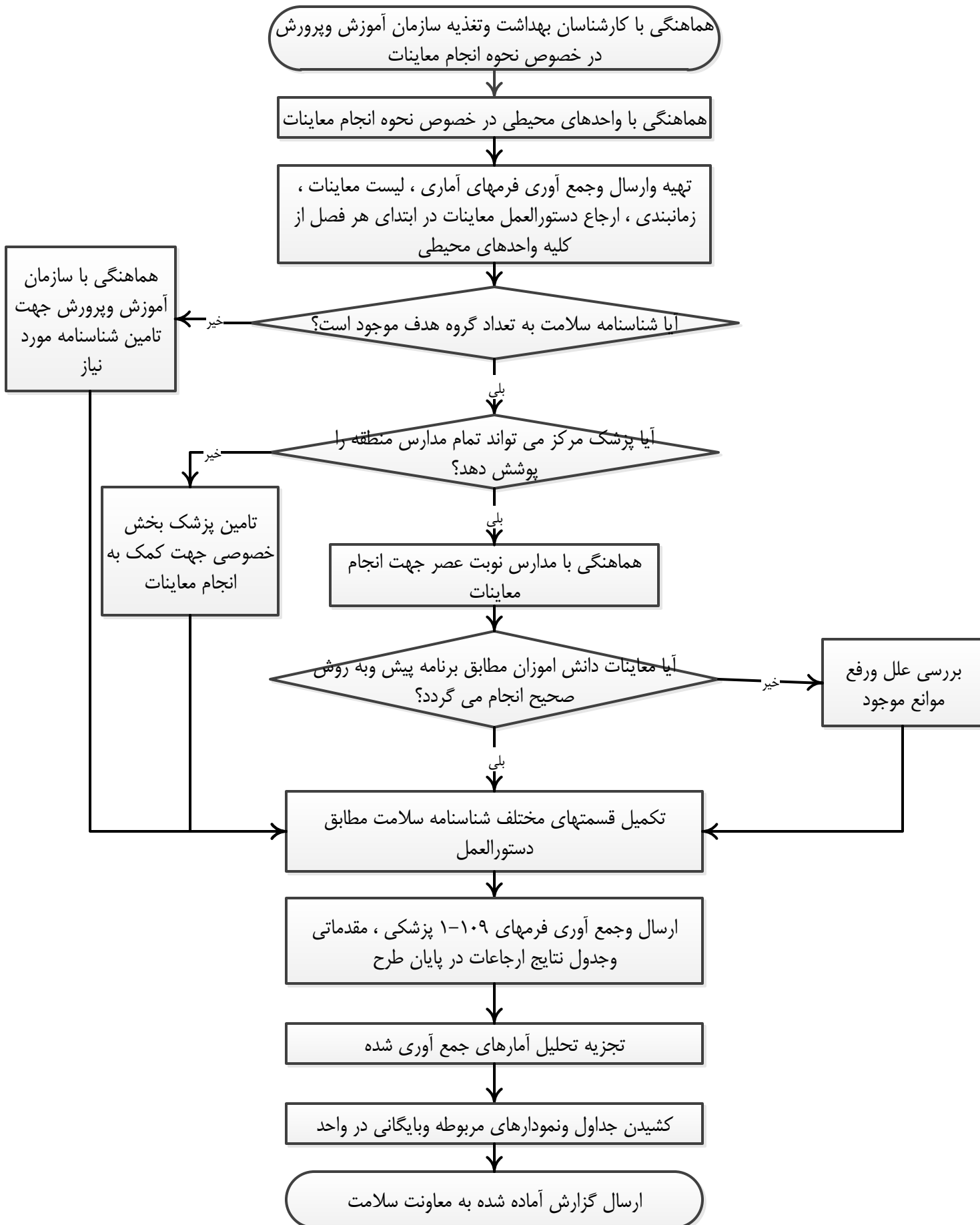
## فرآیند تهیه و ارسال رسانه به کمیته علمی فنی (ادامه)



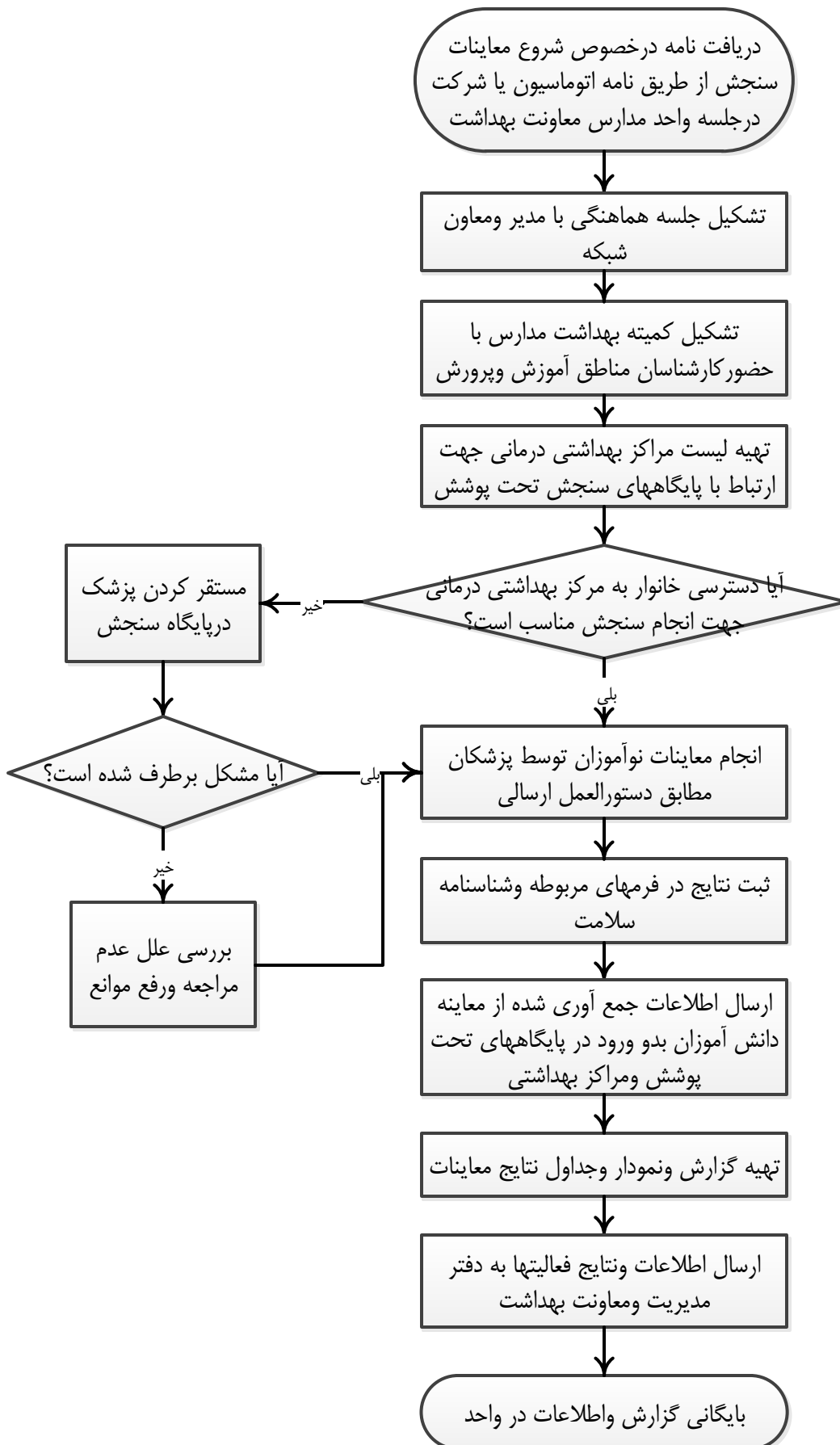
## فرآیند پذیرش دانشجو



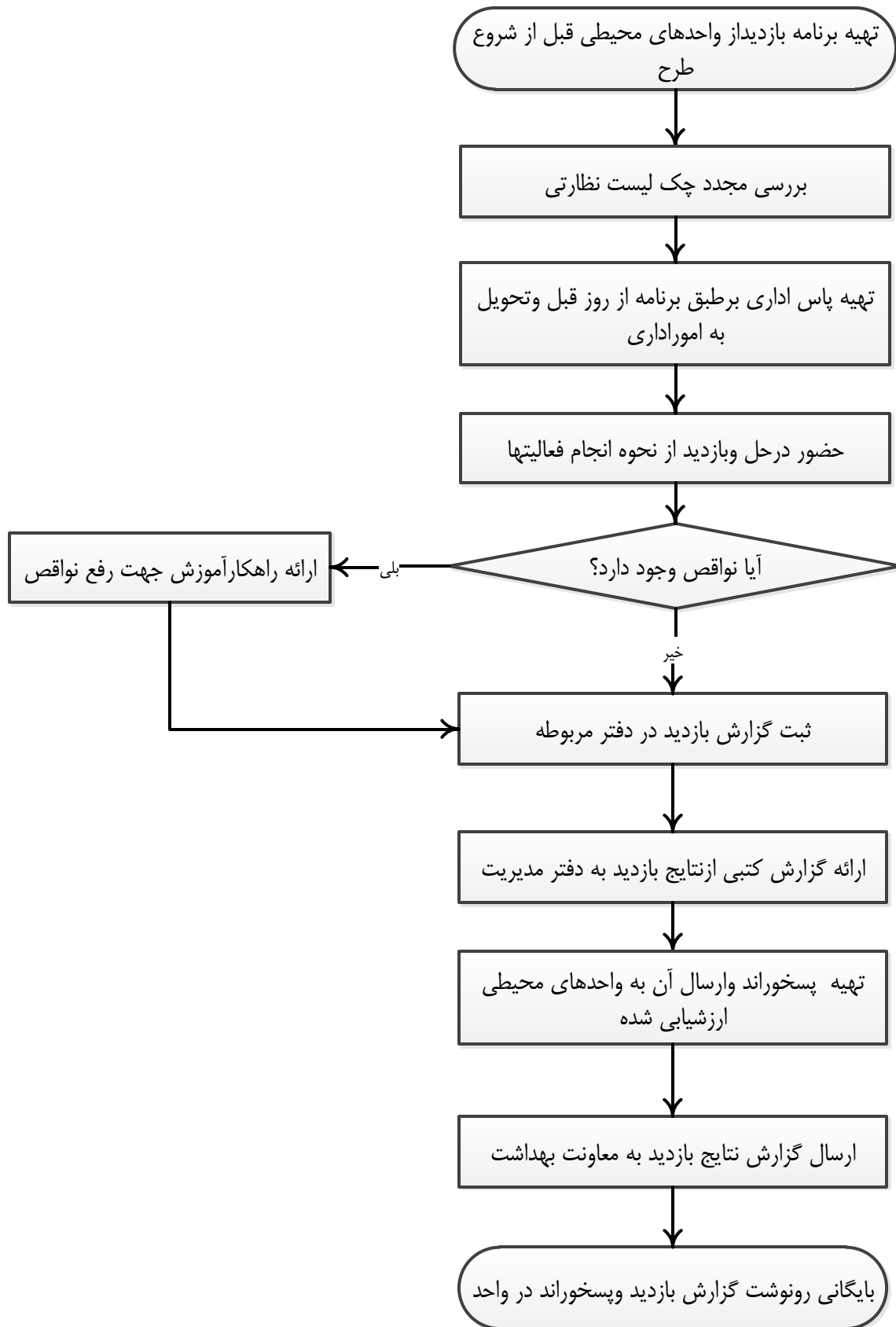
## فرآیند نظارت بر انجام معاینات غربالگری دانش آموزان



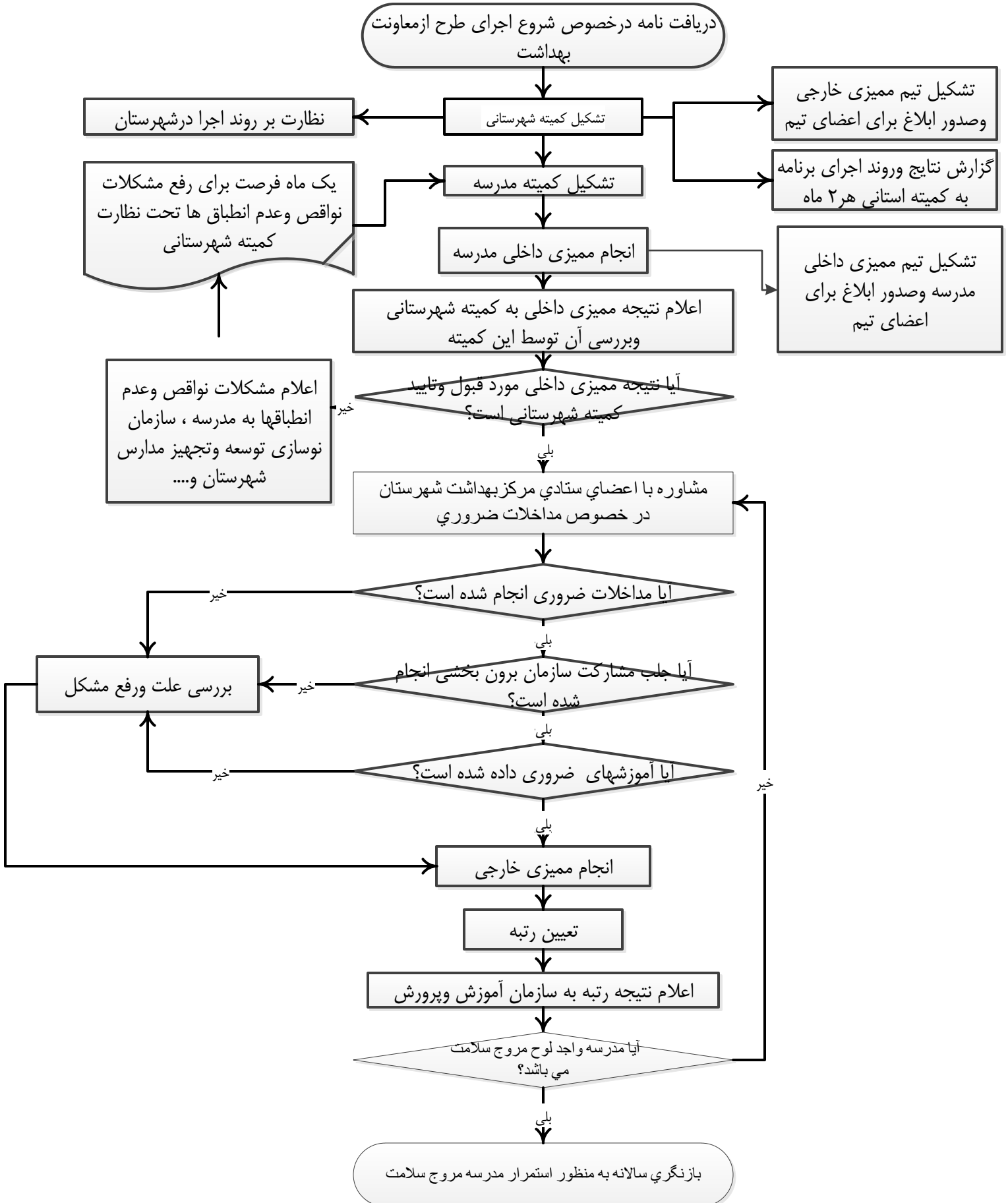
# فرآیند انجام معاینات پزشکی نوآموزان بدو ورود به دبستان در پایگاه های سنجش سلامت



## فرآیند نظارت و ارزشیابی از پایگاه های سنجش و مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح

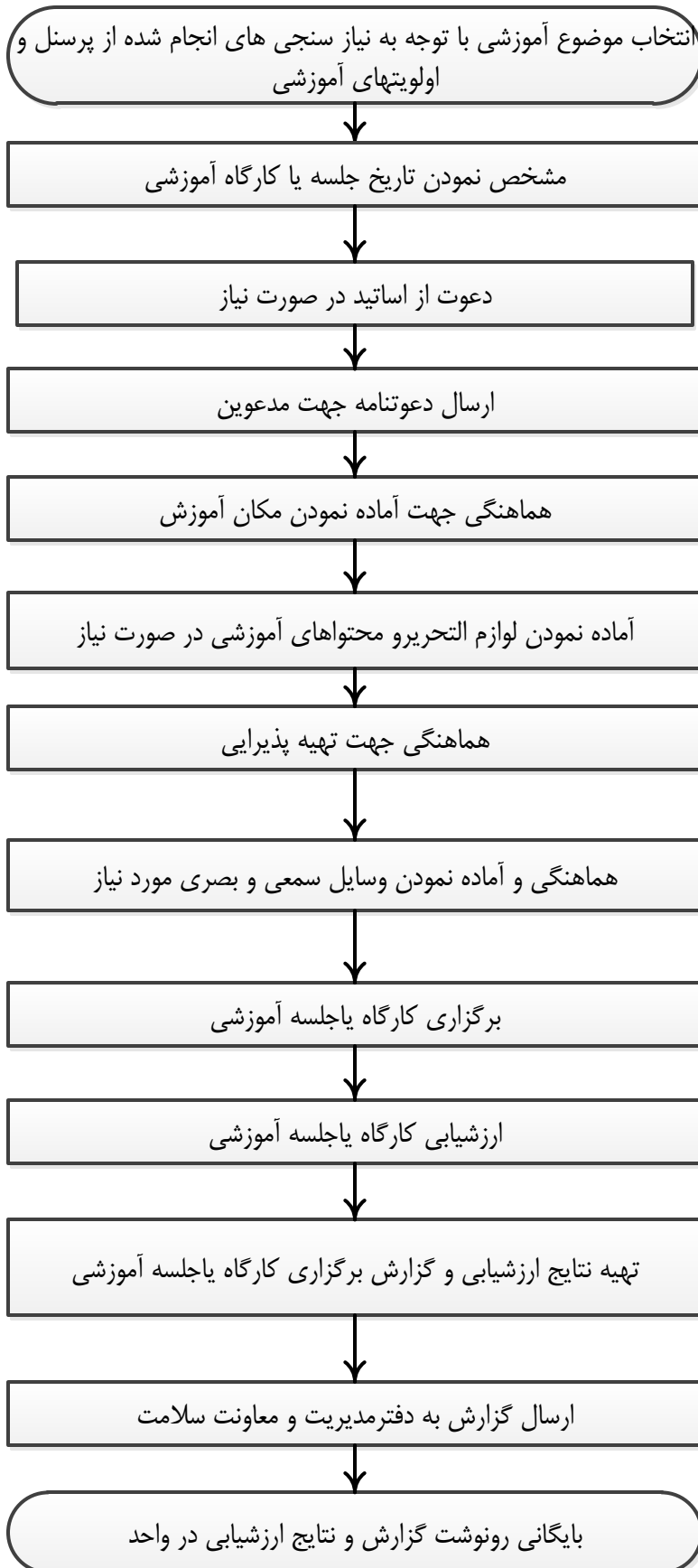


# فرآیند اجرا، ممیزی و نظارت بر برنامه مدارس مروج سلامت

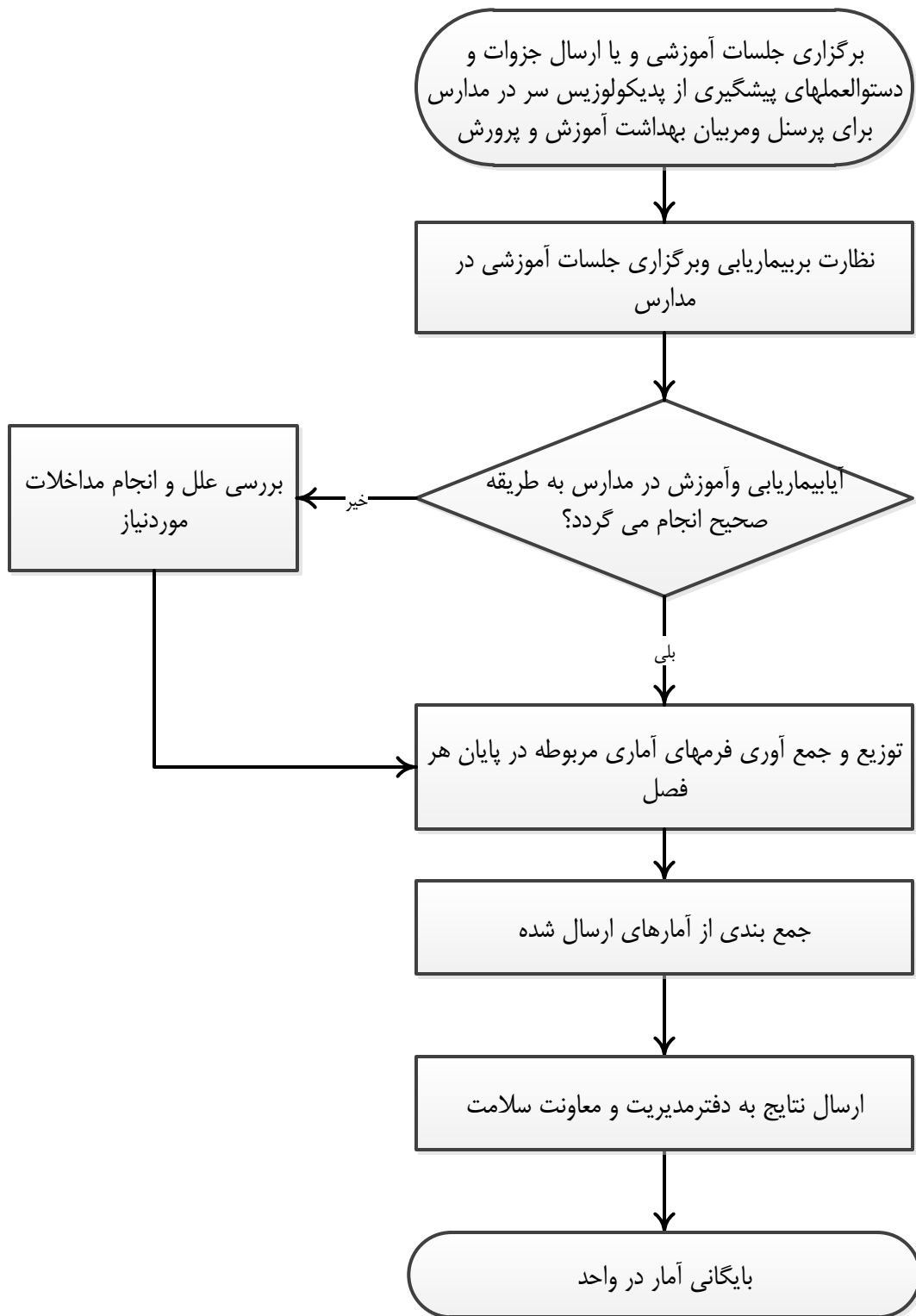




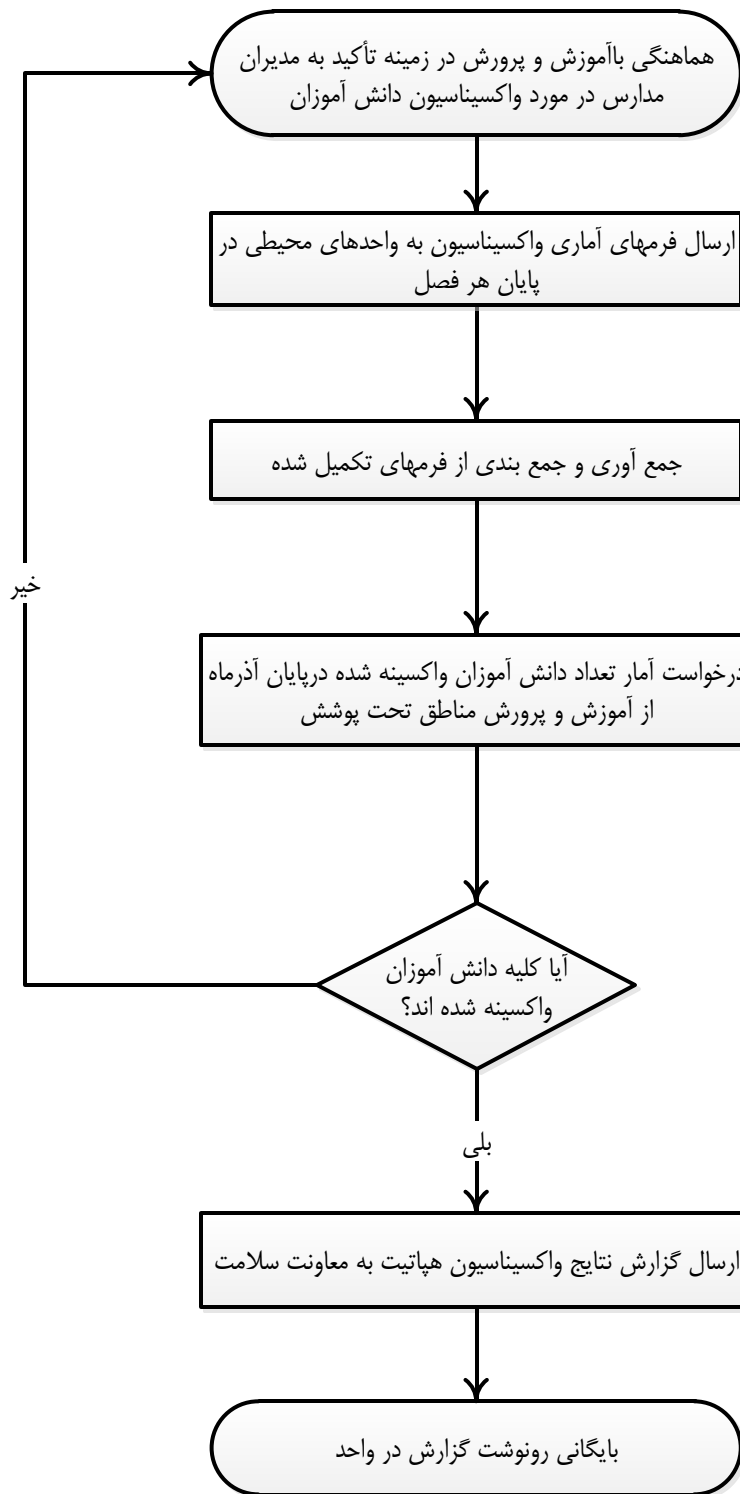
## فرآیند آموزش پرسنل



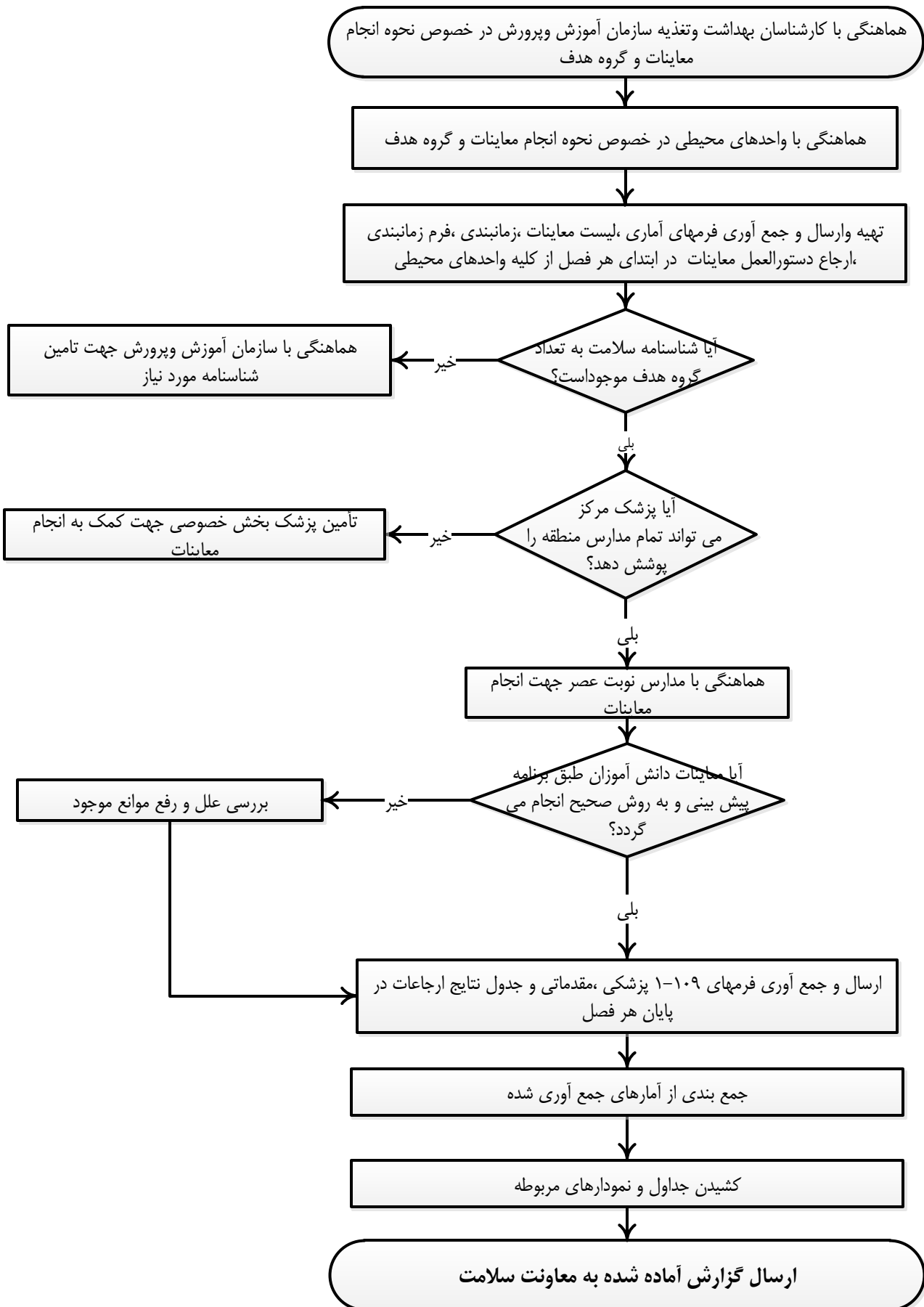
## فرآیند پیشگیری از آلودگی پدیکولوژیس در مدارس



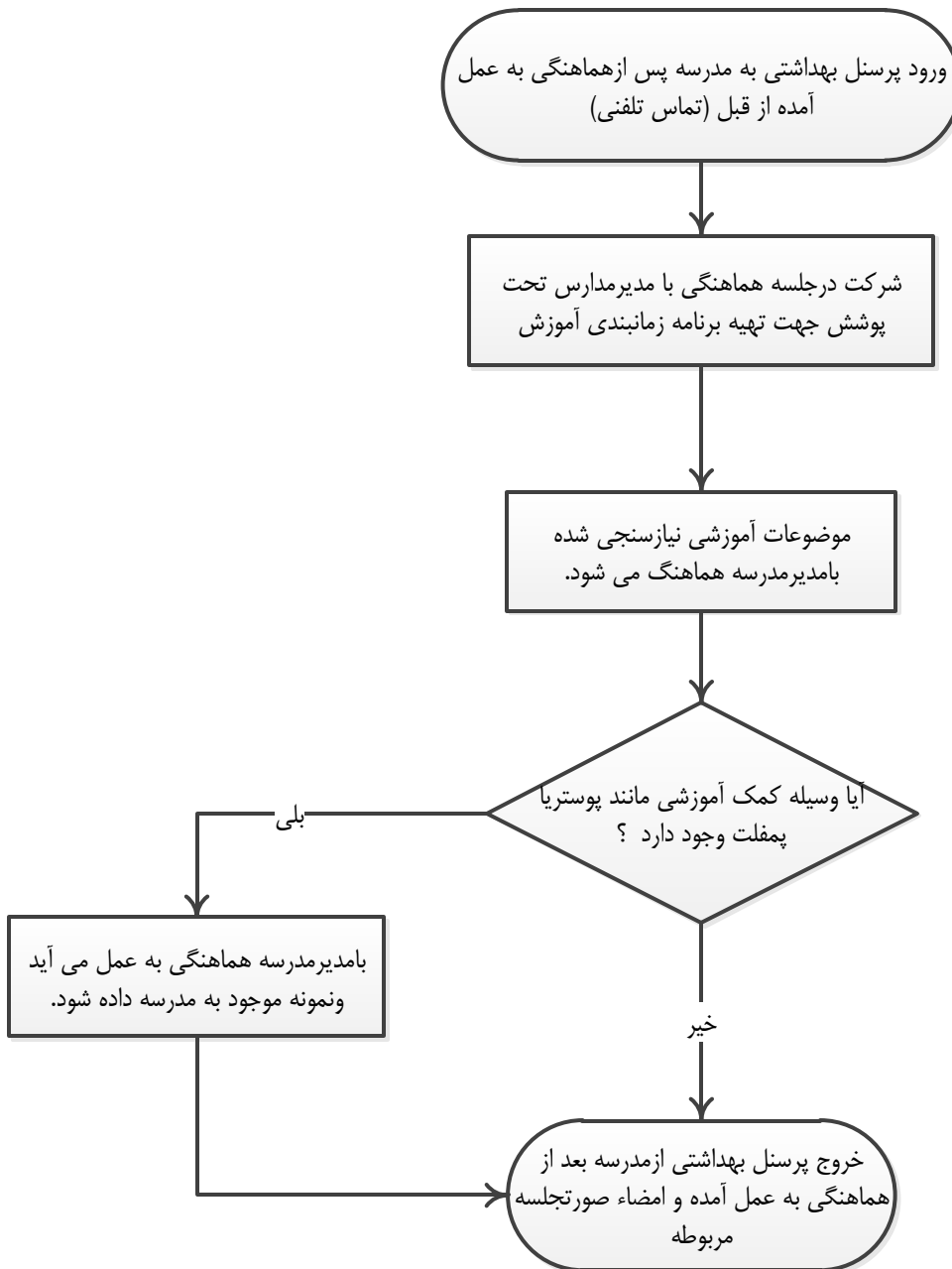
## فرآیند واکسیناسیون هیپاتیت دانش آموزان



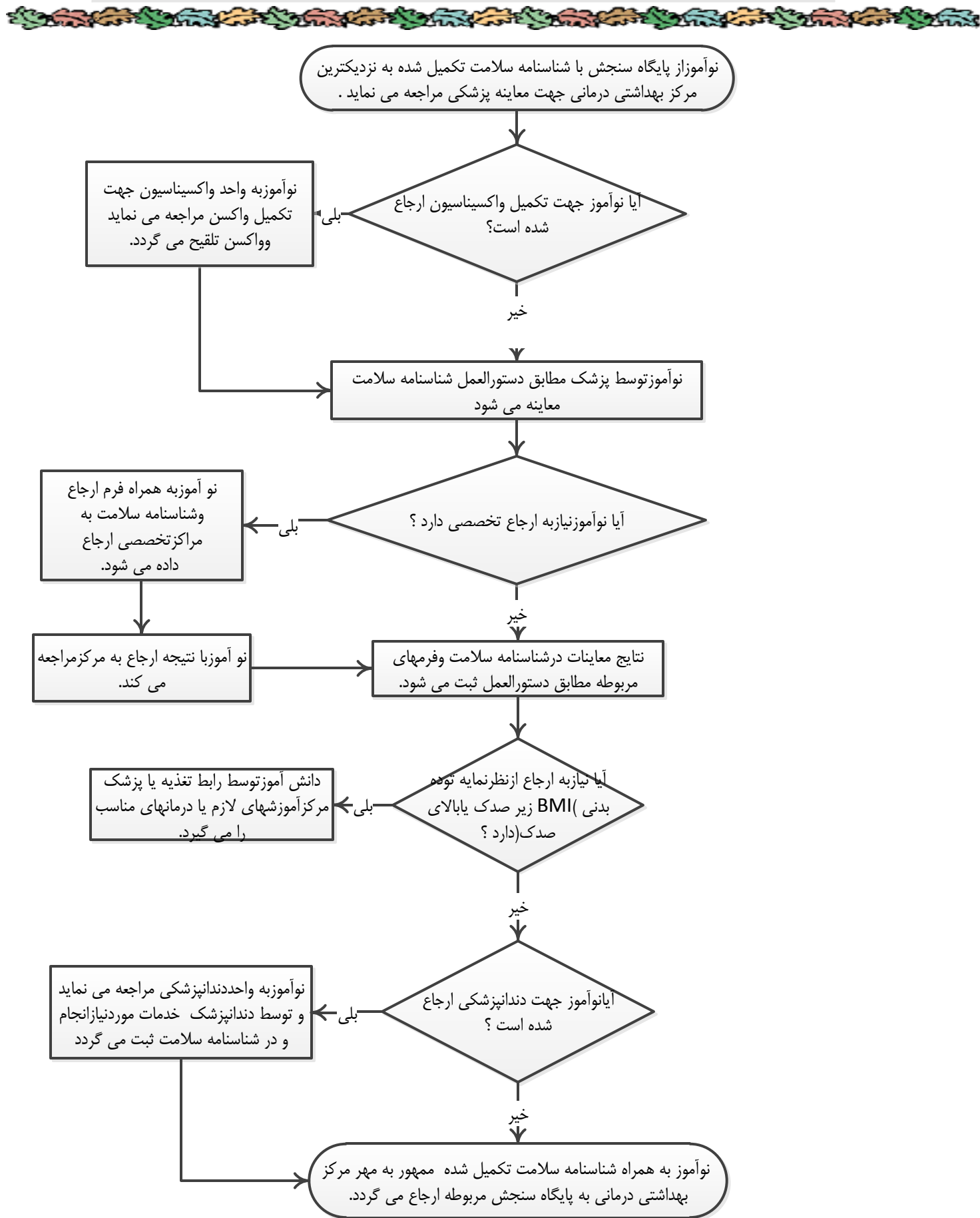
# فرآیند انجام معاینات غربالگری دانش آموزان



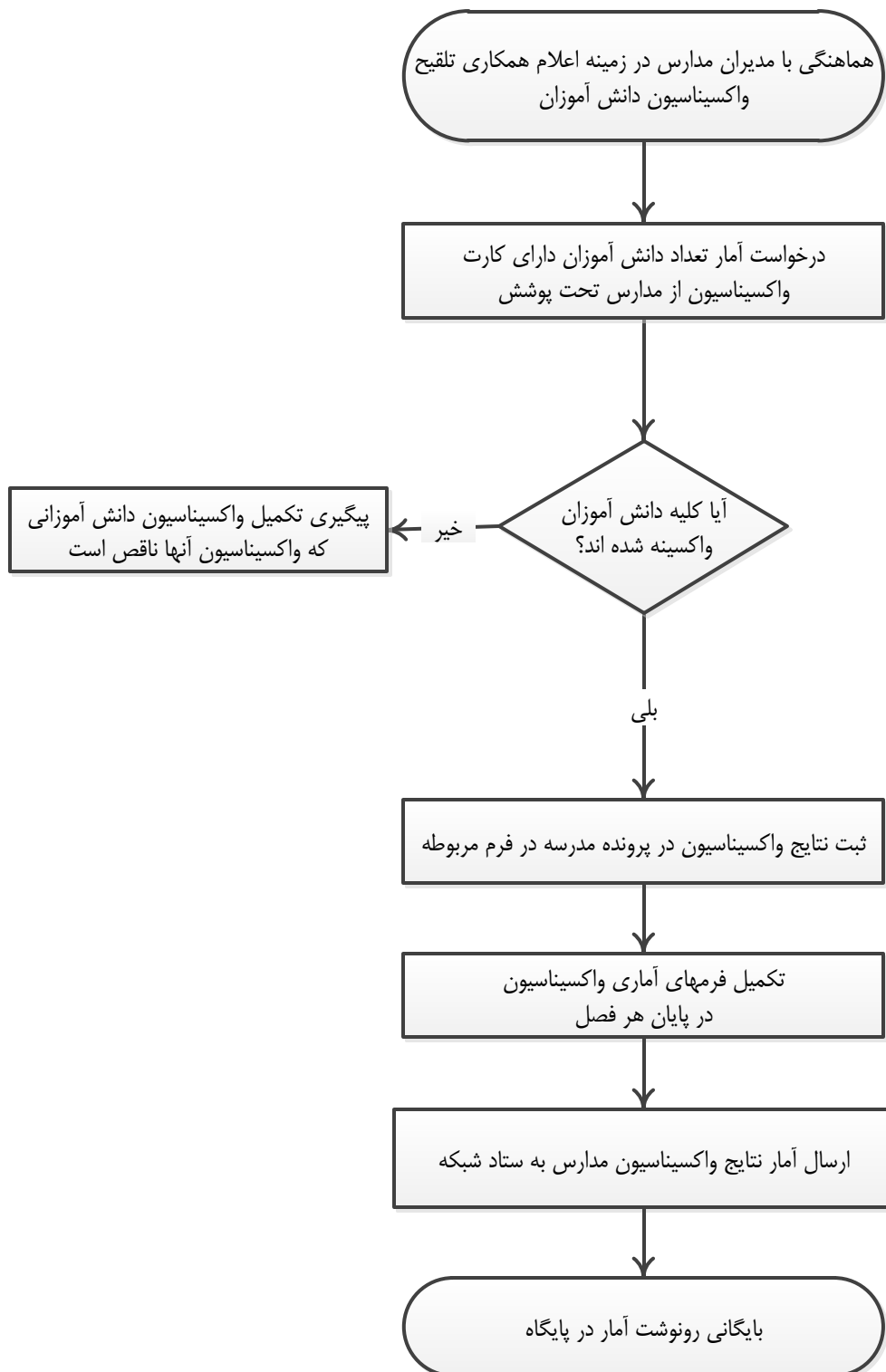
## فرآیند برگزاری جلسه هماهنگی با مدیران مدارس تحت پوشش جهت برنامه ریزی



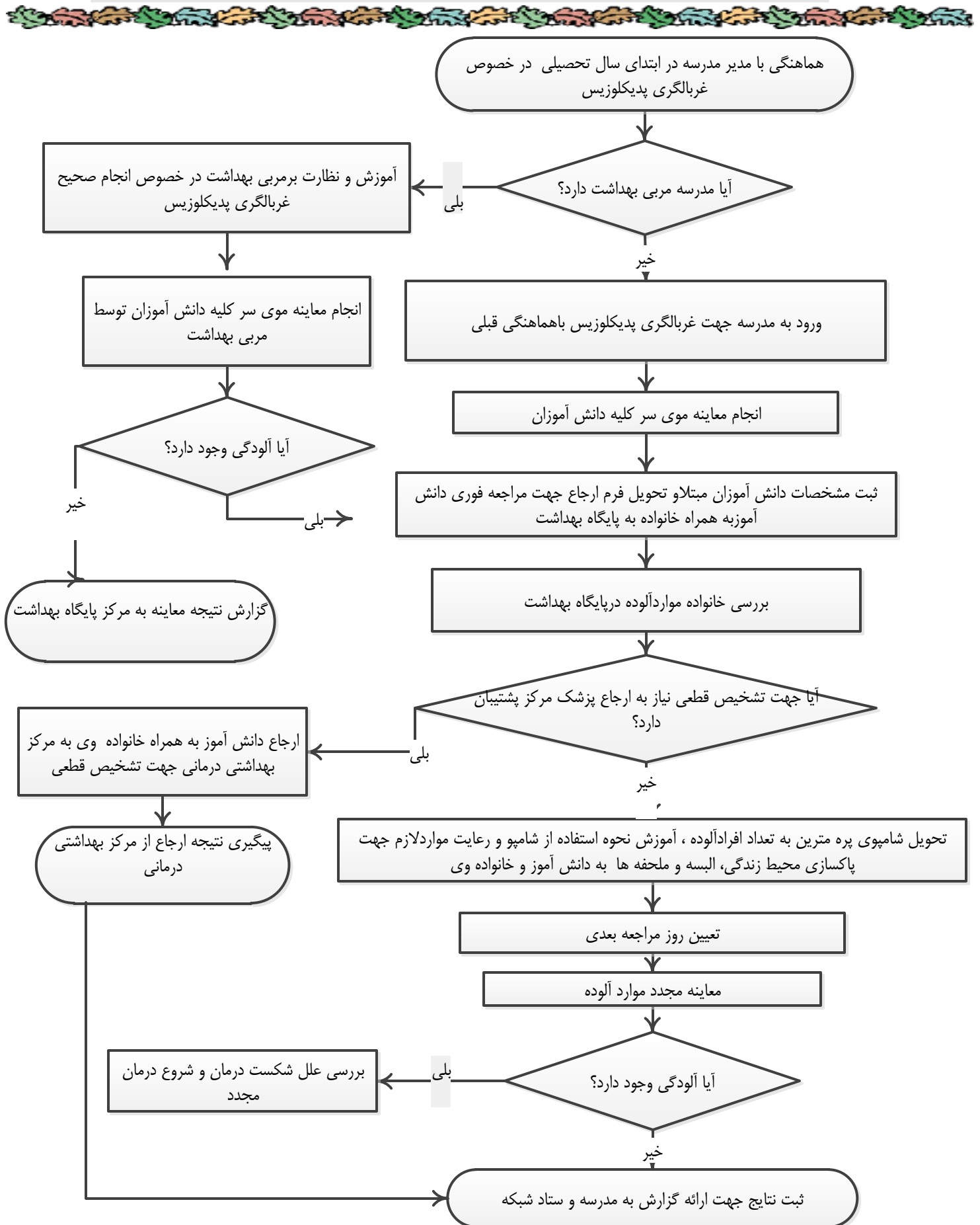
## فرآیند انجام معاینات نوآموزان بد ورود به دبستان در مراکز بهداشتی درمانی



## فرآیند پیگیری و هماهنگی واکسیناسیون دانش آموزان

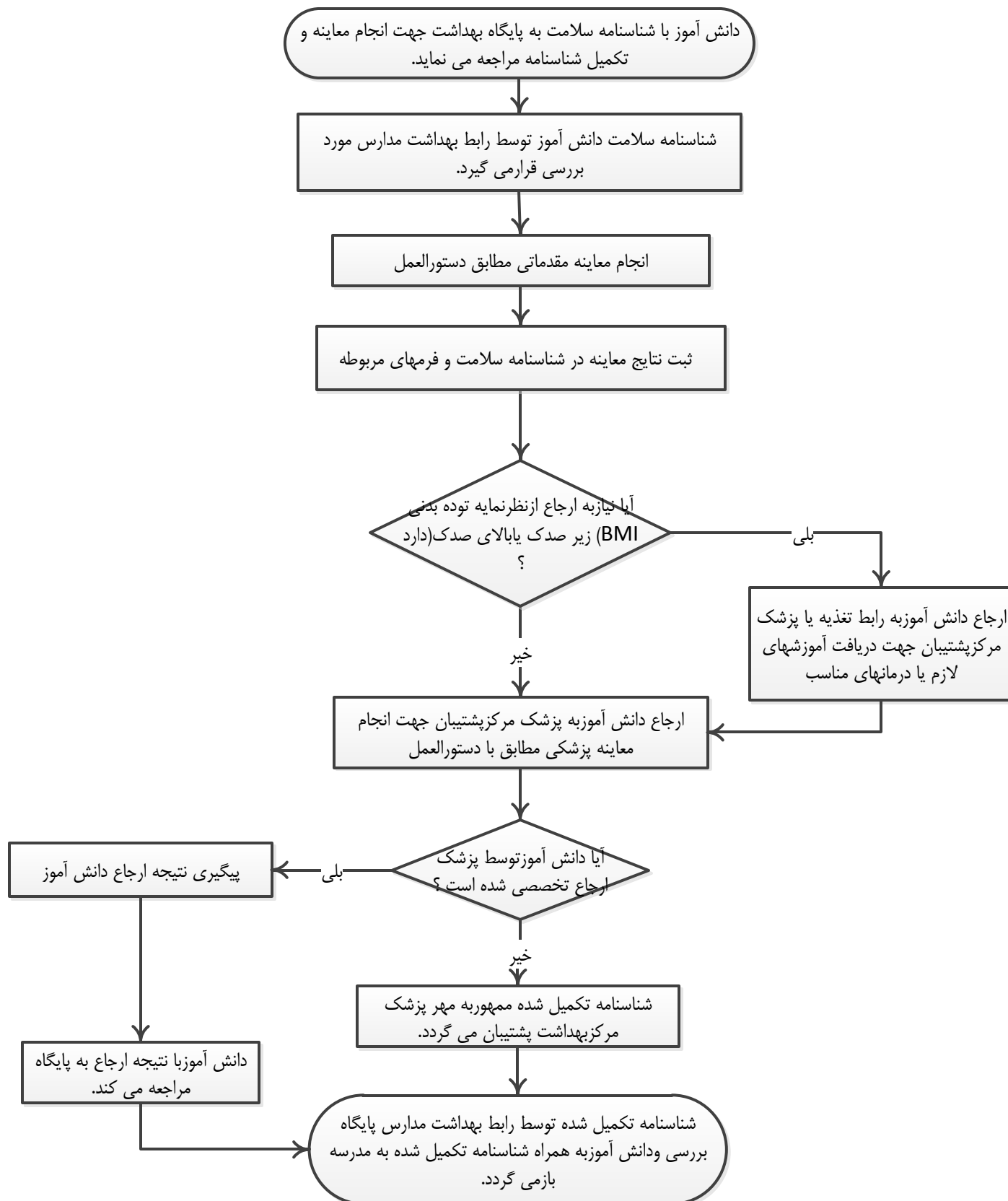


## فرآیند پیشگیری و غربالگری پدیکولوزیس در مدارس

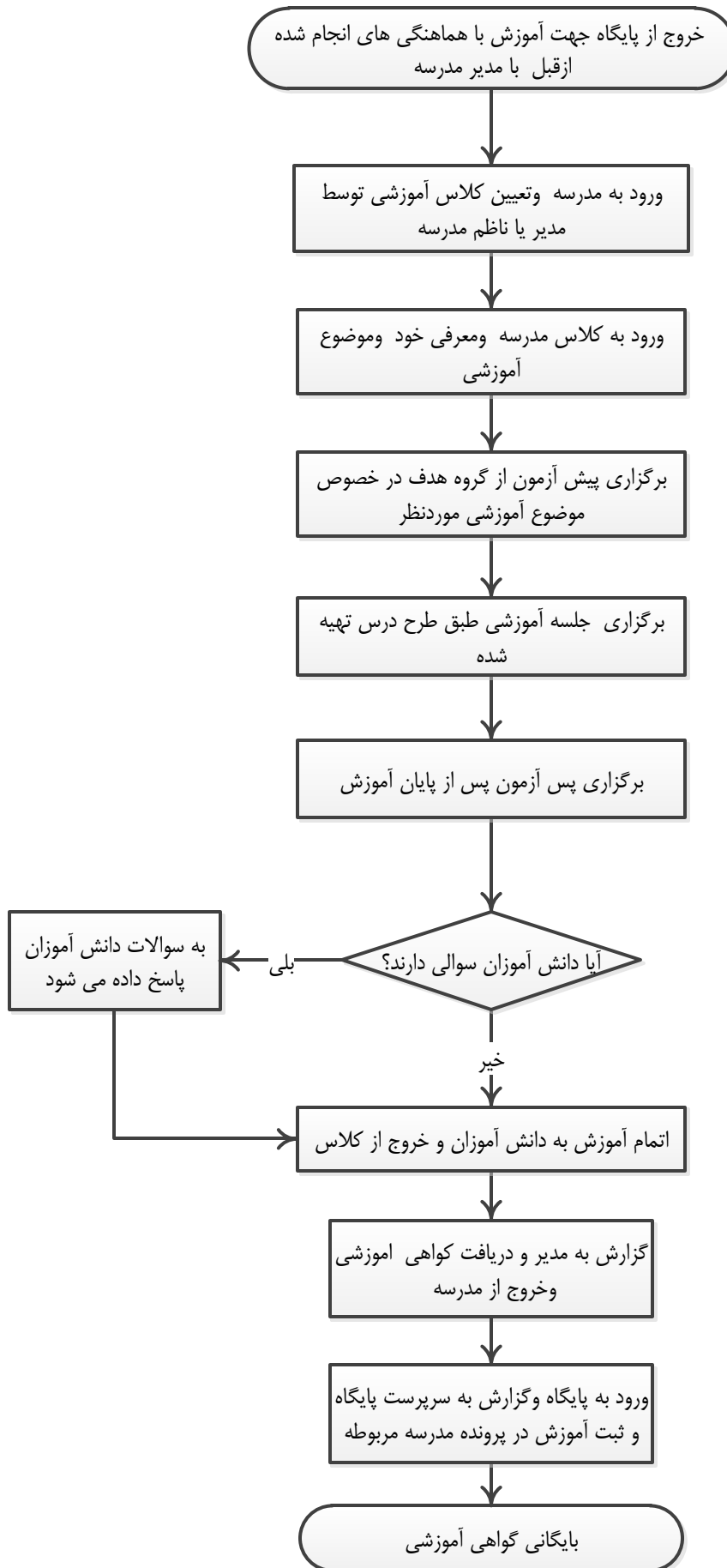




## فرآیند انجام معاینات دانش آموزان



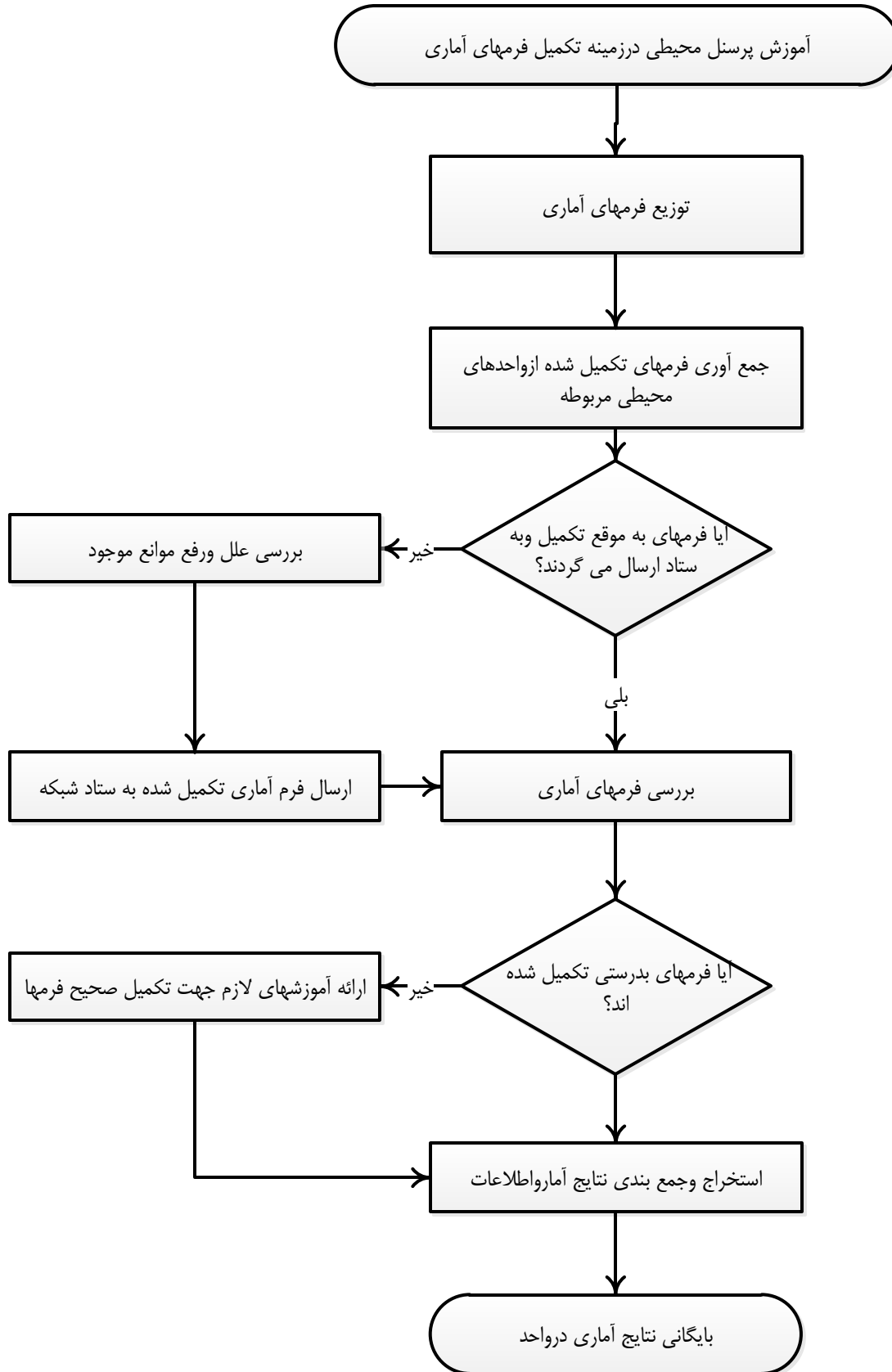
## فرآیند برگزاری جلسه آموزشی در مدرسه



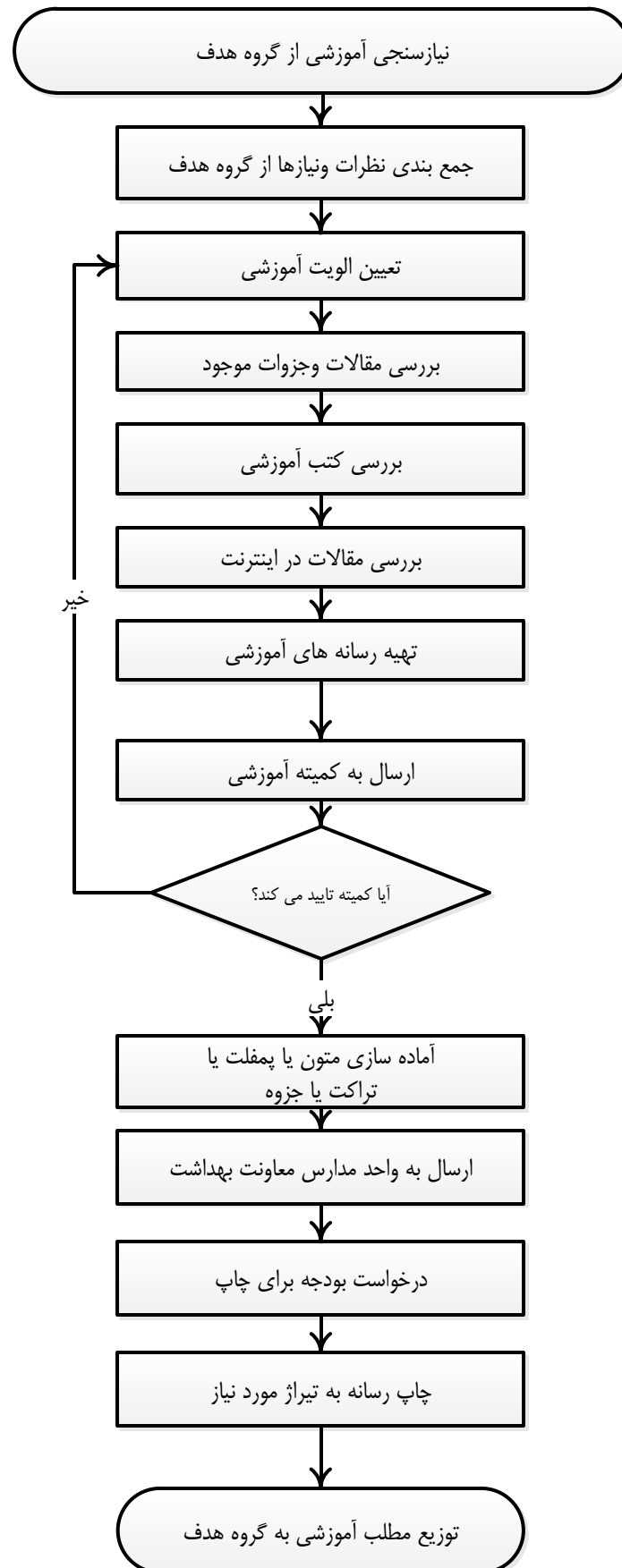
فرآیند انجام معاینات پزشکی دانش آموزان بدو ورود به دبستان در پایگاه های  
سنجش سلامت دانش آموزان



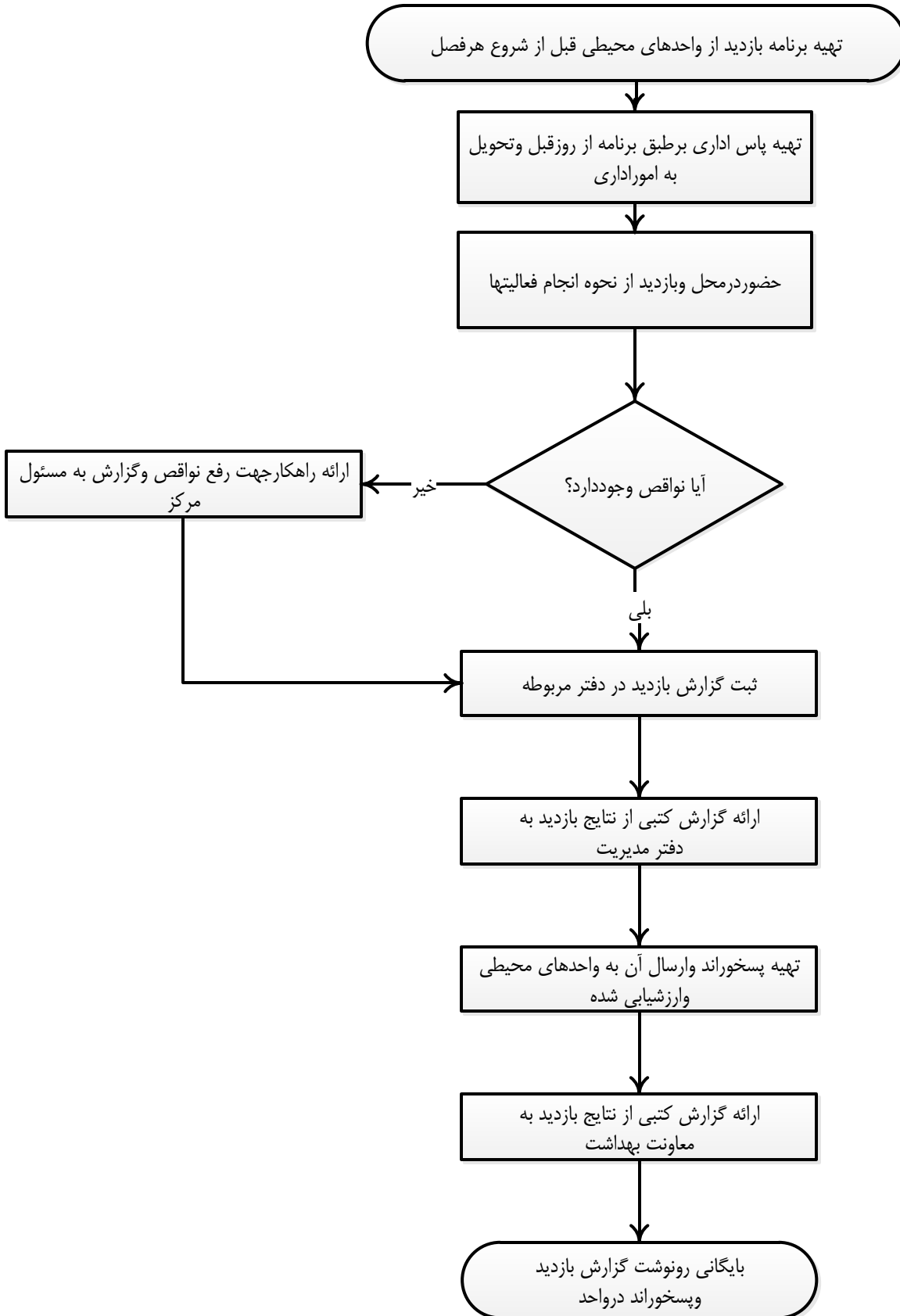
## فرآیند نظارت بر استخراج آمار در مراکز



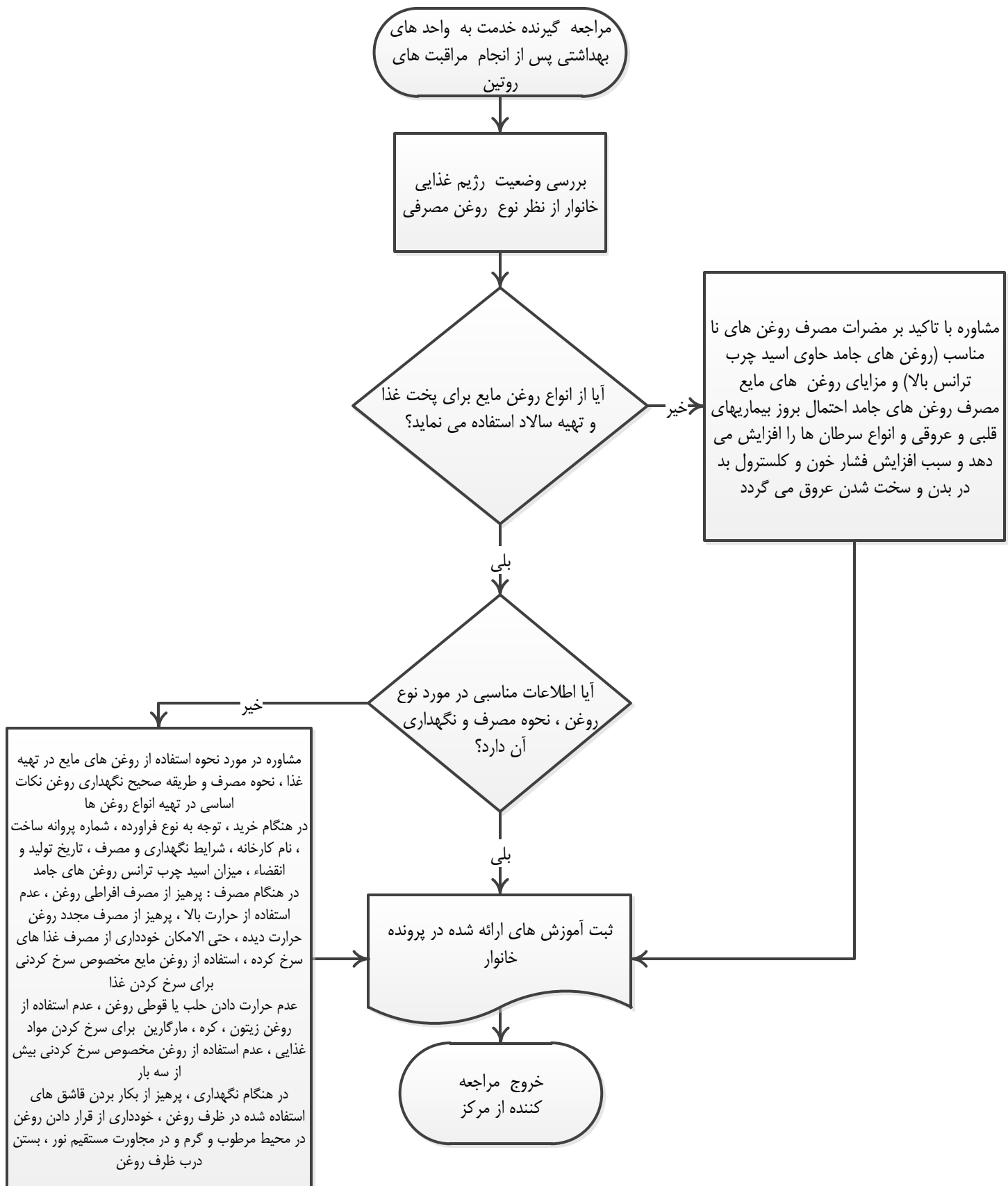
# فرآیند تهیه مطالب آموزشی ( پمفلت ، پوستر، کتاب و جزوه آموزشی)



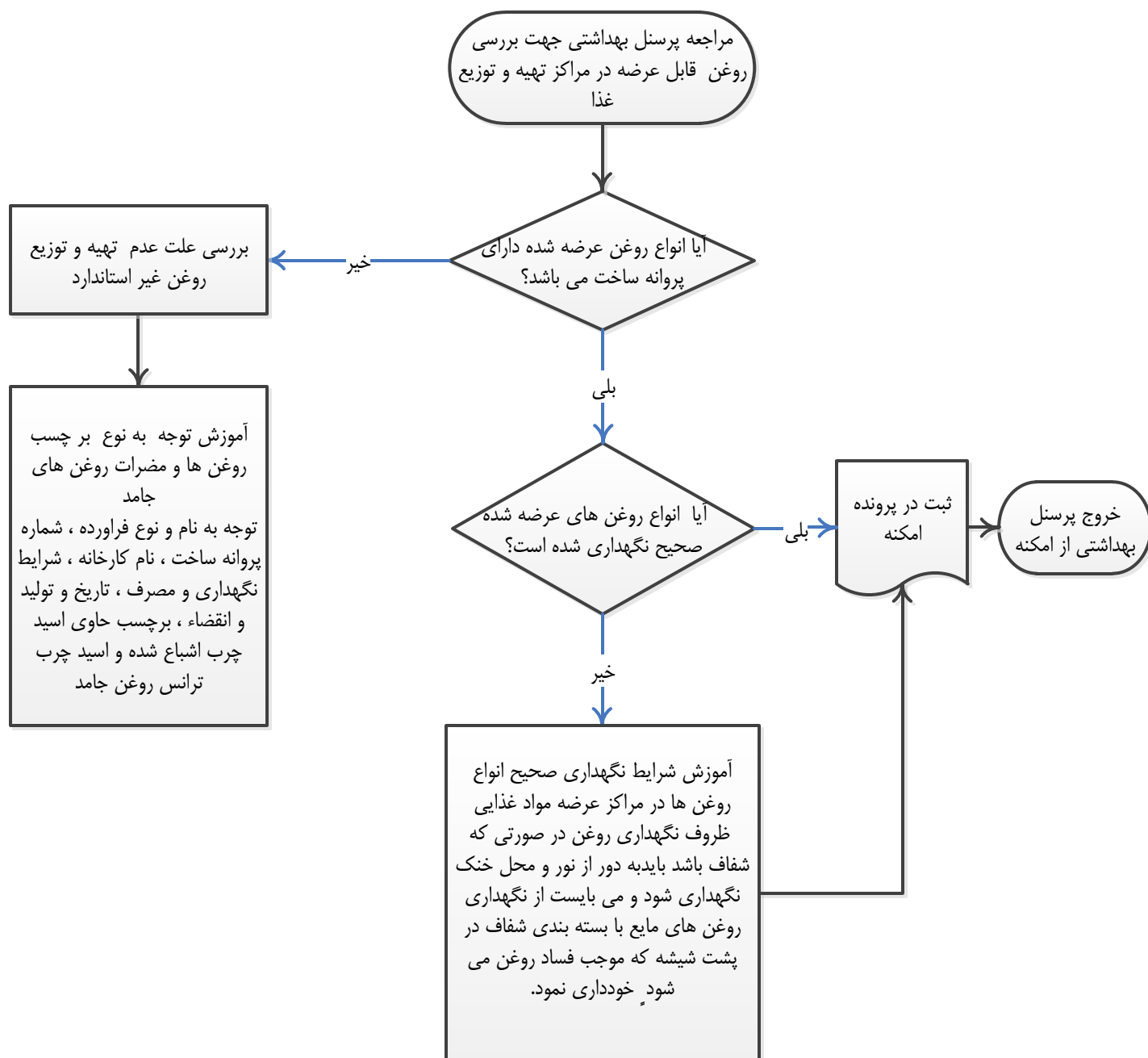
## فرآیند نظارت و ارزشیابی از واحدهای محیطی



# فرآیند برنامه الگوی صحیح مصرف روغن به گیرندگان خدمات بهداشتی



## فرآیند الگوی صحیح مصرف روغن در مراکز عرضه و توزیع مواد غذایی





## فرآیند برنامه ارتقاء کیفیت تغذیه در اماکن عمومی تهیه و توزیع غذا



مراجعه پرسنل بهداشتی به امکان جهت بررسی نحوه عملکرد بر اساس دستورالعمل کیفیت تغذیه اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی

**بررسی نحوه عملکرد بر اساس دستورالعمل کیفیت تغذیه اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی**

- سنجش میزان ارتقا آگاهی پرسنل اماکن تهیه و توزیع غذا در خصوص دستورالعمل ارتقای کیفیت تغذیه در اماکن عمومی تهیه و طبخ غذایی
- استفاده از روغن های مایع
- ترجیح در انتخاب روشهای طبخ آب پز ، کبابی و یا کم سرخ شده
- استفاده از حداقل روغن در موارد سرخ کردنی
- جدا نمودن پوست و چربی مرغ قبل از طبخ و چربی های قابل رویت گوشت های قرمز
- پخت یکنواخت و مغز پخت کباب کوبیده با چربی تا حد امکان محدود
- سرو روزانه ماست پاستوریزه کم چرب ، دوغ پاستوریزه و کم نمک
- استفاده از دوغ پاستوریزه و کم نمک و آب بهداشتی به جای نوشابه های گازدار
- مصرف محدود نمک در طبخ و استفاده از نمک تصفیه شده یدار باطریقه صحیح نگهداری
- آماده سازی غذا بصورت نیم پرس
- سرو ماهی حداقل ۲ بار در هفته
- استفاده از سبزی و صیفی تازه و میوه ها به عنوان سالاد و دسر و ضد عفونی و شستشوی بهداشتی آنها
- استفاده از آبلیمو ، سرکه و روغن زیتون به جای سس مایونز به همراه سالاد
- رعایت آئین نامه مقررات بهداشتی ماده ۱۳
- پرهیز از قرار دادن کره حیوانی و گیاهی در کنار غذا ها

آیا بر اساس دستورالعمل کیفیت و الگوی مصرف روغن در اماکن طبخ اقدامات لازم انجام می شود؟

بلی

خیر

آموزش کارکنان صنوف عرضه و تهیه مواد غذایی در خصوص مفاد دستورالعمل های کیفیت تغذیه و الگوی مصرف روغن

ثبت در پرونده امکانه

خروج پرسنل از امکانه

### آموزش نحوه صحیح مصرف و نگهداری روغن و چگونگی ارتقاء کیفیت تغذیه

حتی الامکان از مصرف افراطی روغن پرهیز شود و از مواد لبنی کم چرب و گوشت کم چرب استفاده شود.

- مصرف روغن های مایع بر روغن جامد ارجح است.
- روغن با شعله کم حرارت داده شده و از مصرف مجدد روغن حرارت دیده پرهیز گردد.
- حتی الامکان از مصرف غذاهای سرخ کرده خودداری گردد و در صورت لزوم از روغن مخصوص سرخ کردنی استفاده شود.
- از روغن مخصوص سرخ کردنی حداکثر ۲-۳ بار آنهم نه با فاصله زمانی طولانی بلکه حدودا در عرض ۲۴ ساعت استفاده شده و پس از آن ، روغن حرارت دیده دور ریخته شود.
- روغن نباید در هیچ مرحله ای بوی تند و نا مطبوع داشته باشد .
- مواد غذایی حاوی چربی در ظروف بسته یا بسته بندی مناسب نگهداری شود.
- روغن ها باید در محیطی دور از گرما و رطوبت و نور و در بسته بندی غیر قابل نفوذ نگهداری شوند.

# ضمیمه پ ۱ - اولین ملاقات بارداری بوکلت چارت مادران



اقدام	تعیین محدوده	رسم منحنی	اندازه گیری کنید. - وزن - قد  محاسبه کنید. - نمایه توده بدنی  تعیین کنید: - محدوده وزن گیری مادر ثبت کنید. - جدول وزن گیری - منحنی وزن گیری
<p>پس از مشخص شدن محدوده ی وزن گیری براساس نمایه ی توده بدنی لازم است در هر ملاقات معمول بارداری، طبق برنامه ی کشوری مراقبت های ادغام یافته ی سلامت مادران نمودار وزن گیری ترسیم شود برای هر نوع زایمان (تک یا دوقلویی) نمودار مربوط به مادر کم وزن (فقط برای تک قلویی)، طبیعی، اضافه وزن و چاق وجود دارد.</p> <p>در نمودار مربوط به مادر کم وزن (<math>BMI &lt; 18</math>) 5: محدوده ای که در حدفاصل خط وزن گیری ۱۲.۵ تا خط ۱۸ کیلوگرم مشخص شده است، مقادیر وزن گیری مناسب برای مادر باردار کم وزن است</p> <p>در نمودار مربوط به مادر طبیعی (<math>BMI = 18.5 - 24.9</math>): محدوده ای که در حد فاصل خط وزن گیری ۱۱.۵ تا خط ۱۶ کیلوگرم مشخص شده است، مقادیر وزن گیری مناسب برای مادر باردار با وزن طبیعی است</p> <p>در نمودار مربوط به مادر دارای اضافه وزن (<math>BMI = 25 - 29.9</math>): محدوده ای که در حد فاصل خط وزن گیری ۷ تا خط ۱۱.۵ کیلوگرم مشخص شده است، مقادیر مناسب برای مادر باردار دارای اضافه وزن است.</p> <p>در نمودار مربوط به مادر چاق (<math>BMI &gt; 30</math>): محدوده ای که در حد فاصل خط وزن گیری ۵ تا خط ۹ کیلوگرم مشخص شده است، مقادیر وزن گیری مناسب برای مادر باردار چاق است.</p> <p>توصیه کنید: طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده، توصیه های تغذیه ای خانم باردار در محدوده وزن گیری لاغر، طبیعی، اضافه وزن و چاق</p>	<p>اگر وزن قبل از بارداری مادر (حداکثر ۳ ماه قبل از بارداری) مشخص باشد، آن را دقیقاً روی عدد صفر در نمودار وزن گیری ثبت و آنجا علامت ضربدر بگذارید. این ضربدر به این معنا است که وزن گیری در شروع بارداری صفر است. طی هر نوبت ملاقات با مادر باردار پس از توزین او و مقایسه ی وزن جدید با وزن قبلی، مقدار افزایش وزن را محاسبه و در جدول ثبت وزن بنویسید. پس از تعیین مقدار افزایش وزن روی محور عمودی مینا در نمودار وزن گیری، وزن مادر در زمان مراجعه را در کنار آن ثبت کنید. سپس محل تلاقی خط وزن گیری و خط هفته ی بارداری مربوطه را پیدا کنید و علامت ضربدر بگذارید.</p> <p>در هر نوبت مراجعه به همین ترتیب تا پایان ملاقات های بارداری عمل کرده و در هر ملاقات، نقاطی را که با ضربدر مشخص شده است، به هم وصل کنید.</p> <p>در این مورد میزان وزن گیری مادری که در سه ماهه ی اول بارداری مراجعه می کند، رفتار می شود. نحوه ی ترسیم نمودار این گونه مادران شبیه وزن قبل از بارداری مادر مشخص است. در این حالت ابتدای بارداری را از روی محور خط صفر شروع می کنیم</p> <p>با استفاده از جدول شماره ی ۸ در کتاب وزن گیری مادران باردار میزان وزن مادر در این بارداری را از وزن فعلی او کم کرده؛ سپس نمایه ی توده بدنی او را محاسبه می کنیم. این مادران جهت کنترل بهتر وزن باید حداقل دومرتبه ی دیگر و به فاصله ی یک ماه مراجعه نمایند. در صورت نیاز ضروری است این مادران به کارشناس تغذیه یا متخصص زنان ارجاع داده شوند.</p>	<p>در صورتی که وزن قبل از بارداری مادر مشخص است (معیار، ثبت وزن در پرونده است):</p> <p>در صورتی که وزن مادر در قبل از بارداری مشخص نیست اما وزن در سه ماهه ی اول بارداری مشخص است</p> <p>در صورتی که وزن مادر در قبل از بارداری مشخص نیست اما وزن در سه ماهه ی اول بارداری مشخص است</p> <p>در صورتی که اولین مراجعه ی مادر در هفته های ۱۳ تا ۲۵ بارداری باشد و وزن قبل از بارداری و یا وزن سه ماهه ی اول بارداری ثبت نشده باشد:</p>	



به صفحه ۱۱۰ بوکلت  
چارت مراقبت های ادغام  
یافته سلامت مادران اضافه  
شود

مادر در محدوده طبیعی نمایه توده بدنی است.  
 $19.8 < BMI < 26$

### ارائه توصیه های تغذیه ای

- استفاده از ۷-۱۱ سهم از گروه نان و غلات
- استفاده از غذاهای مخلوط مثل حبوبات با غلات نظیر عدسی با نان عدس پلوو لوبیا پلو
- استفاده از برنج به صورت کته
- استفاده از ۳-۴ سهم از انواع میوه و ۴-۵ سهم از سبزیجات
- استفاده از آب ، دوغ کم نمک ، ایمیوه های تازه ، انواع شربت های خانگی به جای نوشابه های گازدار
- پرهیز از دور ریختن آب سبزیجات پخته
- استفاده از سالاد میوه یا نوشیدنی های مخلوط برای ایجاد تنوع در مصرف میوه ها
- استفاده از میوه های تازه و میوه های خشک و انواع برگه بعنوان میان وعده
- ترجیح در مصرف میوه به جای آب میوه
- استفاده از سیب زمینی آب پز یا تنوری به جای سرخ کرده
- استفاده از ۳-۴ سهم از گروه شیر و لبنیات
- مصرف شیر به صورت ساده یا داخل فرنی ، شیر برنج به عنوان میان وعده
- استفاده از کشک پاستوریزه پس از ۱۵ دقیقه جوشاندن در انواع غذا ها
- استفاده از پنیر در صبحانه یا در میان وعده ها و به همراه سبزی و سالاد و یا در تهیه غذاهایی مانند کوفته ، کتلت و ماکارونی
- استفاده از پنیر کم نمک و شیر گم چربی
- جایگزین کردن ماست ، پنیر ، دوغ کم نمک به جای شیر در صورت بروز مشکلات گوارشی یا نفخ
- استفاده از ۳ سهم از گروه گوشت ، تخم مرغ ، حبوبات و مغز ها
- ترجیح در مصرف مرغ با جوجه بصورت پخته و آب پز یا کبابی به همراه برنج و سبزی ها یا به صورت سوپ
- جدا کردن پوست مرغ قبل از پخت
- استفاده از تخم مرغ آب پز سفت شده
- مصرف حبوبات به اندازه حداقل یک بار در روز در میان وعده ها یا وعده های اصلی
- دقت در مغز پخت کردن گوشت ها و پرهیز از سرخ کردن آنها
- مصرف حداقل ۲ بار ماهی در هفته
- مصرف انواع مغز ها و تخمه ها در وعده ه و میان وعده های غذایی از نوع خام آنها مثل کنجد ، شاهدانه یا مغز هسته زرد آلو و بادام زمینی
- عدم افراط در مصرف مواد قندی ، چربی ها و انواع شیرینی ها
- مصرف سس های طبیعی ، آبلیمو، آب نارنج ، آبغوره کم نمک با کمی روغن زیتون بجای سس مایونز
- عدم زیادهروی در مصرف چای
- پرهیز از مصرف مواد غذایی مانده
- محدود نمودن مصرف انواع کنسرو و غذاهای غیر خانگی مثل سوسیس ، کالباس و پیتزا و همبرگر



ارائه توصیه های تغذیه ای

- استفاده از مربا ، عسل ، خرما ، شیره انگور ، شیره خرما همراه صبحانه
- استفاده از حداقل ۲ میان وعده مثل بیسکویت سبوس دار ، کیک ، کلوچه ، نان و پنیر ، نان و سیب زمینی ، نان و تخم مرغ ، نان و خرما ، نان روغنی همراه با یک لیوان شیر و انواع میوه
- مصرف مقدار بیشتر نان و برنج روزانه تا ۱۱ سهم و استفاده بیشتر از سیب زمینی در انواع غذا ها و میان وعده ها
- مصرف نان همراه با سایر مواد غذایی مانند برنج در وعده های نهار و شام
- استفاده از بستنی و میوه های شیرین مثل انگور ، خربزه ، انجیر ، توت ، خرما و انواع شیرینی و خشکبار در میان وعده ها
- استفاده از لبنیات پرچرب
- اضافه کردن مقداری کره به غذا در هر وعده غذایی
- استفاده از روغن زیتون داخل سالاد
- مصرف سر شیر و یا خامه در صبحانه
- استفاده از قلم گوسفند و یا گاو در طبخ غذا ها
- استفاده از شیر ، ماست ، پنیر و بستنی بصورت بیسکویت و شیر ، نان و ماست ، نان و پنیر ، شیر برنج ، فرنی و... در میان وعده ها
- مصرف دوغ کم نمک و غلیظ در وعده های غذایی
- استفاده بیشتر از غذاهای گوشتی ، استفاده از تخم مرغ در صبحانه یا میان وعده و همراه با غذا ( عدس پلو، رشته پلو با خاگینه)
- استفاده از غذاهای تهیه شده با حبوبات و مصرف انواع خشکبار به عنوان میان وعده
- استفاده بیشتر از غذاهای تهیه شده با سبزی ها و سبزی هایی مانند گوجه فرنگی ، هویج و گل کلم در میان وعده
- استفاده از غلات و حبوبات جوانه زده در سالاد ، سوپ ها و آش ها و پودر جوانه غلات در انواع سالاد ، ماست ، ماست و خیار
- کشیدن غذا در بشقاب بزرگتر
- استفاده از سبزیجات رنگی و آشتهای آور مثل هویج ، گوجه فرنگی و فلفل دلمه ای
- استراحت کافی در طول روز و استراحت پس از صرف غذا

## مادر باردار در محدوده اضافه وزن و چاق / BMI>26 وزن گیری بیش از انتظار



### ارائه توصیه های تغذیه ای

- اجتناب از سرخ کردن غذاها و حتی الامکان طبخ غذا ها به شکل آب پز ، بخار پز و کبابی
- حذف چربی ها شامل کره حیوانی ، مارگارین ، خامه ، سرشیر ، دنبه ، بیه و جداکردن چربیها ی قابل رویت گوشت قرمز و پوست مرغ قبل از طبخ
- استفاده از شیر و لبنیات کم چرب
- محدود کردن مصرف شیرینی ها ، کیک خامه ای و دسرهای پرچرب و شیرین
- تنوری کردن ماهی و مرغ بجای سرخ کردن آنها و آب پز کردن مرغ ، ماهی و گوشت با حرارت ملایم بدون افزودن روغن
- محدود کردن مصرف کله پاچه ، دل ، قلوه ، جگر ، زبان و مغز ، سوسیس و کالباس و انواع پیتزا های چرب
- تفت دادن سبزی ها در آب گوشت کم چربی و آب گوجه فرنگی بجای روغن
- خودداری مصرف سس های چرب مانند مایونز و سس های مخصوص سالاد
- استفاده از ماست کم چرب و روغن زیتون و آب لیمو یا آب نارنج بجای سس مایونز
- استفاده از سیب زمینی تنوری یا آب پز بجای سرخ کرده
- استفاده نکردن از انواع تنقلات پرچرب نظیر چیپس ، پیراشکی ، شکلات
- استفاده از میوه های تازه بجای شیرینی و شکلات ، نان و پنیر ، بیسکوئیت یا کیک در میان وعده ها
- مصرف دوغ ، آب و آبمیوه های تازه طبیعی بجای نوشابه های گازدار
- استفاده از میوه هایی که قند کمتری دارند ( سیب ، هلو ، گلابی ) و خودداری از مصرف کمپوت میوه ها
- کم کردن مصرف قند و شکر همراه چای
- محدود کردن مصرف برنج و ماکارونی به حدود کردن ۷ سهم در روز
- خودداری از مصرف برنج و ماکارونیدر وعده شام و استفاده از انواع خوراک ها با مقداری نان در وعده شام
- استفاده از نان های سبوس دار به جای نان های فانتزی
- خودداری از مصرف نان همراه با برنج
- استفاده از انواع حبوبات همراه با غلات مثل عدس پلو- لوبیا پلو عدسی با نان ، خوراک لوبیا با نان
- استفاده از مرغ و ماهی آب پز ، بخار پز یا کباب شده
- مصرف روزانه سبزی خوردن ، سبزی های محلی یا سالاد

## توصیه های تغذیه ای بارداری



### سوزش سردل

- ارائه توصیه های تغذیه ای:
- به جای سه وعده غذای اصلی و با حجم زیاد ، ۴-۵ وعده غذای سبک خورده شود.
- استفاده از غذاهای آب پز و بخار پز به جای غذای سرخ شده
- جویدن آرام و خوب غذا
- غذاهای مایع مثل آش و سوپ مصرف نکنند.
- از نوشیدن آب و مایعات در حین غذا خورداری و یا بلافاصله پس از اتمام غذا خورداری شود.
- رژیم غذایی باید پریپروتئین و بدون قندهای ساده باشد.
- استفاده کمتر از غذاهای چرب و پرادویه
- قطع مصرف شکلات ، قهوه ، چای ، نوشابه های گازدار و نوشیدنی های حاوی کافئین و استفاده از آب
- پرهیز از مصرف سرکه همراه با سالاد و استفاده بیشتر از شیر ، تخم مرغ یا غذاهای نشاسته ای
- پرهیز از دراز کشیدن یا خم شدن بعد از صرف غذا یا آسمیدن
- قرار دادن سر بالاتر از سطح بدن در هنگام استراحت
- پیاده روی بعد از غذا
- استفاده از آنتی اسیدها در صورتی که توصیه ها را عملی کرده و همچنان سوزش سردل ادامه داشت.

### تهوع صبحگاهی

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- میل کردن یک تکه نان یا بیسکویت قبل از برخاستن از رختخواب
- معده را خالی نگه ندارند اما در عین حال از پری و سنگینی معده هم خودداری کنند.
- صرف غذا در ۴-۵ وعده در حجم کم بجای ۳ وعده غذای پر حجم
- باز گذاشتن پنجره آشپزخانه در زمان آشپزی
- اجتناب از مسواک زدن بلافاصله بعد از خوردن غذا
- زنجبیل، چای آن و بیسکویت با طعم زنجبیل نیز می تواند در رفع این حالت مفید باشد.
- مصرف غذاهای نشاسته ای و نرم (کراکرها، نان خشک، برنج، ماکارونی و...) در طی زمان تهوع، زیرا آنها به آسانی هضم می شوند و بعید به نظر می رسد منجر به تهوع شود.
- پرهیز از مصرف غذاهای چرب ، سرخ کرده و پرادویه
- استفاده از مایعات بین وعده های غذایی به همراه غذا
- ترجیح در استفاده از مایعات و غذاهای سرد
- خوردن غذا به آرامی و استراحت بعد از مصرف غذا
- پرهیز از گرسنگی به مدت طولانی
- اجتناب از بوی تند برخی از غذاها و رایحه های آزار دهنده
- استراحت به هنگام احساس خستگی
- نهایتاً تجویز ویتامین B6 به روش عضلانی اگر رعایت توصیه های منجر به بهبودی نگردد.

### ادم

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- محدود کردن مصرف نمک و اغذیه شور
- پرهیز از افزودن نمک اضافی به غذا ها
- خودداری از مصرف مواد خوراکی نمک دار مثل چیپس سیب زمینی ، آجیل شور ، ماهی شور ، بیسکویت های شور، شور ها و ترشیجات
- به پهلوی دراز کشیدن خانم باردار ۴-۵ بار در روز
- خودداری از ایستادن و یا نشستن روی صندلی با پاهای آویزان به مدت طولانی
- دراز کشیدن متناوب در حالی که پاها در سطحی بالاتر از بدن قرار گیرد در طول روز
- پوشیدن جوراب های وارپس یا الاستیک

## توصیه های تغذیه ای بارداری (ادامه)



### پیکا و ویار حاملگی

#### ارائه آموزش های لازم در رابطه با رعایت تنوع و تعدل در مصرف مواد غذایی

- استفاده از ۷-۱۱ سهم از گروه نان و غلات
- استفاده از ۳-۴ سهم میوه و ۴-۵ سهم سبزیجات
- استفاده از ۳-۴ سهم گروه شیر و لبنیات
- استفاده از ۳ سهم از گروه گوشت ، تخم مرغ ، حبوبات و مغز ها

### یبوست

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- مصرف مقدار زیاد مایعاتی مانند آب ، آبمیوه و سوپ
- گنجانیدن سالاد و سبزی خوردن در برنامه غذایی روزانه
- مصرف حبوبات و غلات به همراه مایعات فراوان و سبزی های خام و پخته ، میوه های تازه و سالاد
- استفاده از نان های سبوس دار مانند نان سنگک و نان جو ، آلوئی تازه ، برگه یا آب آلو
- مصرف نان و عسل در وعده صبحانه
- استفاده از روغن زیتون یا سایر روغن های مایع
- انجام ورزش های سبک مانند پیاده روی
- عدم استفاده از روغن کرچک به دلیل اختلال در جذب ویتامین های محلول در چربی
- نهایتا در یبوست شدید با انجام توصیه ها ، اگر موثر نبود می توان از ملین های ملایم دارویی مانند هیدروکسید منیزیم استفاده شود.

### آنمی

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- تاکید بر مصرف روزانه و منظم مکمل آهن
- استفاده از منابع غذایی حاوی آهن مثل گوشت ، مرغ ، ماهی ، جگر ، حبوبات و سبزی های سبز تیره مثل جعفری در برنامه غذایی روزانه
- استفاده از انواع مغز ها (گردو ، بادام ، پسته ) و انواع خشکبار ( برگه ها ، توت خشک ، کشمش و خرما ) در میان وعده
- استفاده از منابع غذایی حاوی ویتامین ث مثل سبزی تازه و سالاد
- عدم مصرف چای و قهوه ، دم کرده های گیاهی یک ساعت قبل و حداقل ۲ ساعت پس از غذا
- عدم استفاده از نانی که خمیر آن ور نیامده و دارای جوش شربین است.
- مخلوط مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی به دلیل افزایش جذب بیشتر آهن گیاهی
- برای کاهش اختلالات گوارشی و جذب و تحمل بهتر آهن مناسب ترین زمان مصرف قرص آهن پس از غذا و یا شب قبل از خواب است.



## توصیه های تغذیه ای بارداری (ادامه)



### دیابت

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- غذا در حجم کم و به دفعات بیشتر (۵) وعده در روز میل شود.
- در هیچ وعده ای بیش از حد غذا خورده نشود.
- از مصرف مواد غذایی با سدیم بالا نظیر کالباس، سوسیس یا هر نوع ماده غذایی کنسرو شده، چپیس و پفک پرهیز کنید.
- در تمام وعده های غذایی از تمام گروه های غذایی مصرف شود.
- کاهش مصرف غذاهای چرب و سرخ کرده و نمک و قند های ساده (قند و شکر، تنقلات شیرین)
- استفاده از مواد غذایی فیبردار مانند حبوبات، سبزی، میوه و نان های سبوس دار مانند سنگک
- بعد از وعده های غذایی کمی پیاده روی داشته باشید.
- در برنامه غذایی خود از همه گروه های غذایی به شکل متنوع و متعادل استفاده کنید.
- جایگزین کردن نان بربری، نان تافتون، سنگک، چغندر، لپه، عدس، لوبیا قرمز، لوبیا چیتی و ماش با نان لواش ماشینی، باقلا، نخود سبز، ذرت، هویج، سیب زمینی و پوره سیب زمینی
- در خانم های باردار با نمایه توده بدنی بالاتراز ۲۶ کل اضافه وزن دوران بارداری باید تا حدود ۹ کیلوگرم باشد و ارائه توصیه های نظیر پیاده روی بعد از هر وعده غذایی
- خودداری از مصرف میان وعده های متعدد و کنترل هفتگی قند خون انجام شود.

### عفونت ادراری

#### ارائه توصیه های تغذیه ای

- خودداری از مصرف ادویه ها، فلفل سبز، فلفل قرمز، خردل، سوسیس و کالباس، فراورده های گوشتی نمک سود، سیرابی، گوشت های کنسرو شده، مارچوبه، تربیجه، سیر و پیاز و قهوه
- مصرف حداقل ۲ لیتر مایعات در روز
- استفاده از گوشت لخم (سفید و قرمز)، ماهی، تخم مرغ، پنیر، شکلات، برنج و انواع نان
- خودداری از مصرف نوشیدنی هایی مانند قهوه





### فیل کتونوری

اگر در رژیم غذایی خود سهل انگاری می کنید حداقل از ۳ ماه قبل از بارداری، باید محدودیت مصرف مواد غذایی حاوی فنیل آلانین در رژیم غذایی خود را رعایت کنید. در مصرف مواد غذایی و دارویی که در ترکیب آنها از فنیل آلانین یا اسپارتام استفاده شده است باید احتیاط کنید. اسپارتام یک دی پپتید حاوی فنیل آلانین است که به عنوان شیرین کننده مصنوعی در برخی از مواد غذایی یا داروها مورد استفاده قرار میگیرد.

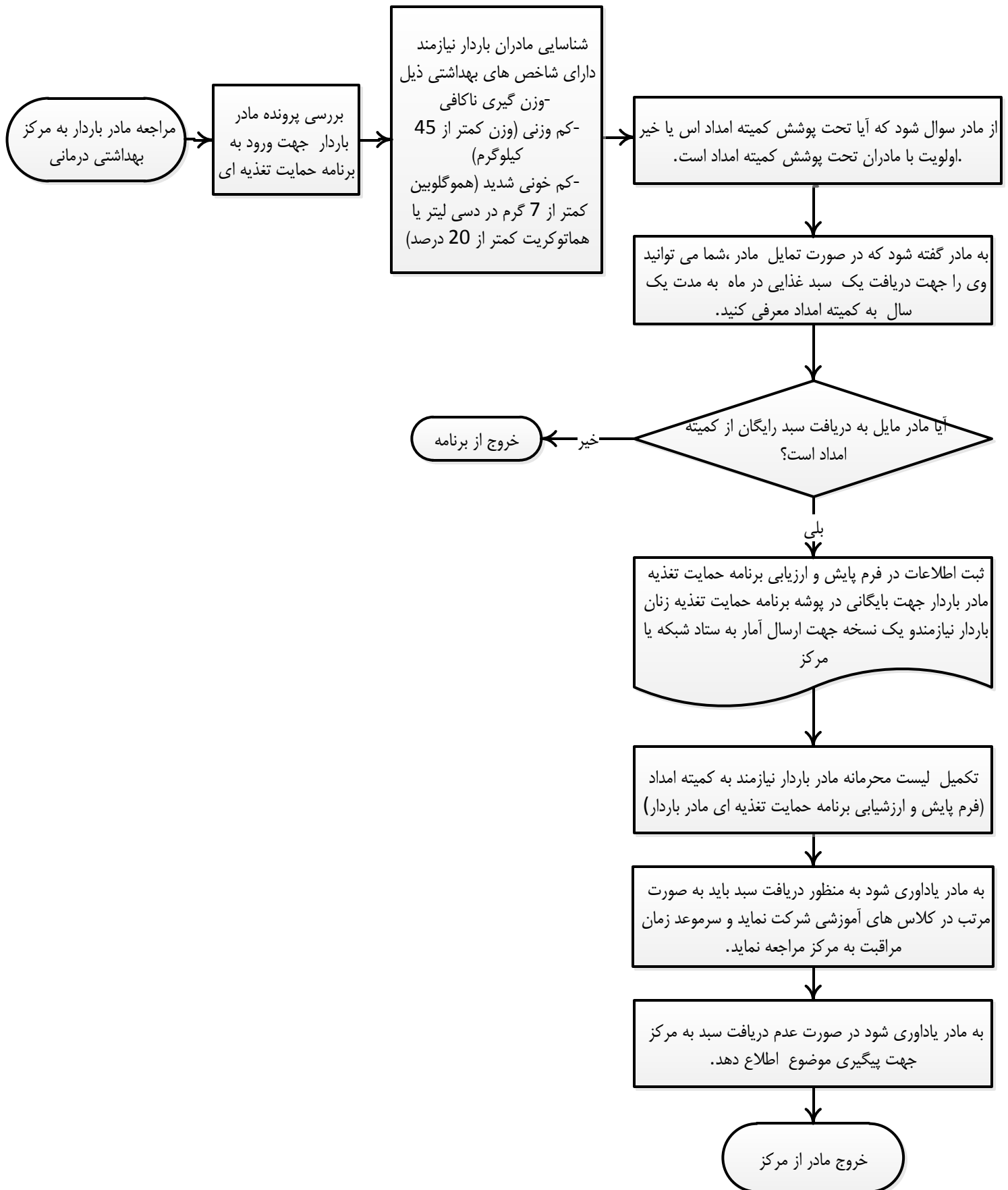
اگر غذاهای مخصوص رژیمی به مقدار مناسب استفاده نمی کنید لازم است مصرف ویتامین ها به خصوص B<sub>۱۲</sub> و اسید فولیک به میزان کافی استفاده کنید. مصرف انواع مکملهای ویتامین و املاح خصوصاً روی، منگنز، و نیاسین در این بیماران ضروری است.

دریافت ناکافی انرژی و یا صدمه ناشی از بیماری و عفونت به تجزیه پروتئین های بدن و در نتیجه رها شدن آمینواسیدها از جمله فنیل آلانین در خون و افزایش سطح خونی آن منجر می شود.

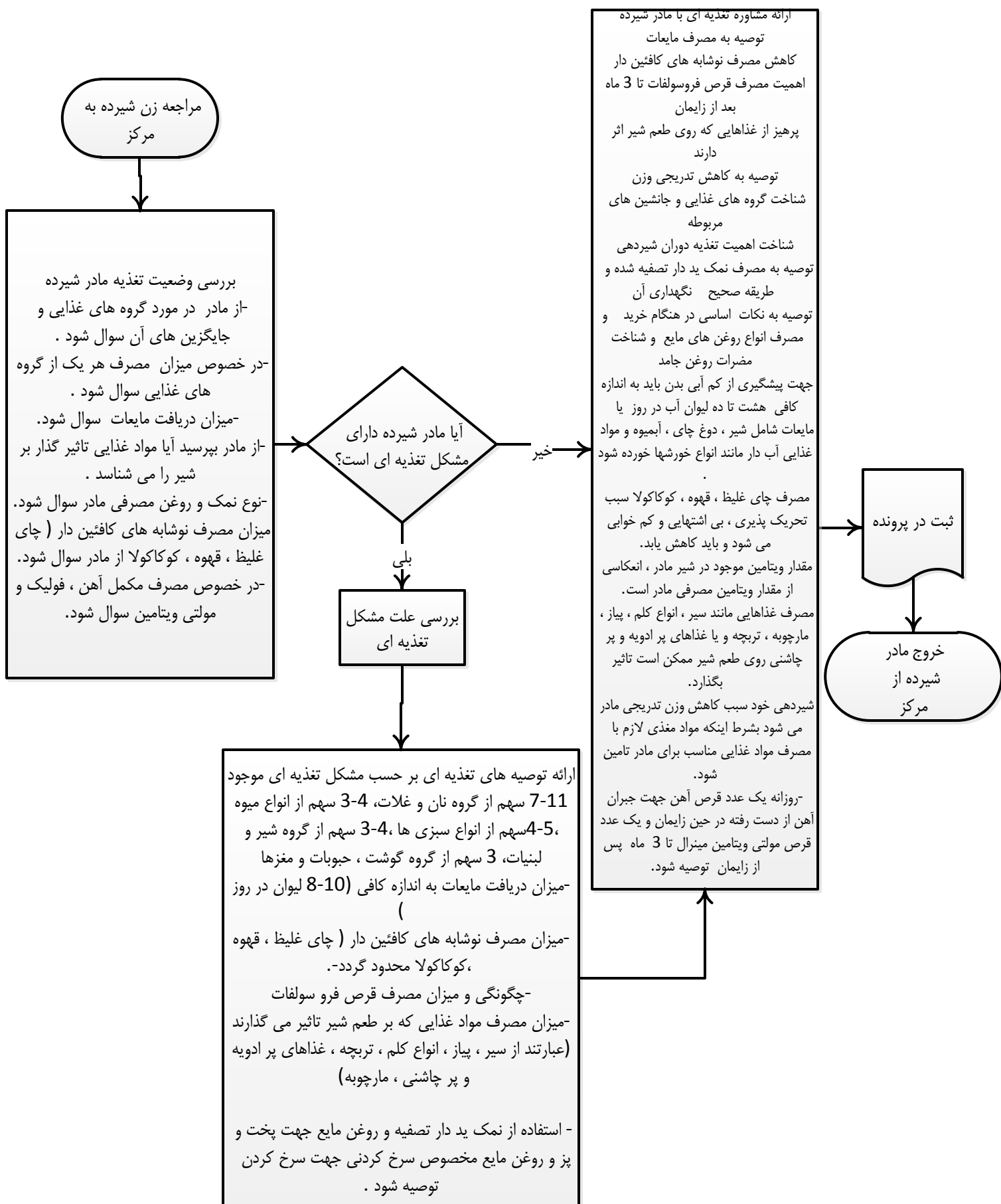
به منظور اطمینان از رعایت رژیم غذایی میزان فنیل آلانین خون خود را ۲ بار در هفته کنترل کنید زیرا میزان فنیل آلانین و سایر اسیدهای آمینه خون که در نتیجه متابولیسم فنیل آلانین به وجود می آیند (مانند تیروزین) بر اساس رژیم غذایی شما در ماه های مختلف حاملگی و میزان اضافه وزن تغییر می کند.

میزان پروتئین مورد نیاز در این بیماری از میزان توصیه شده بیشتر است و این میزان پروتئین باید از مواد غذایی مخصوص که فاقد فنیل آلانین هستند تامین شود.

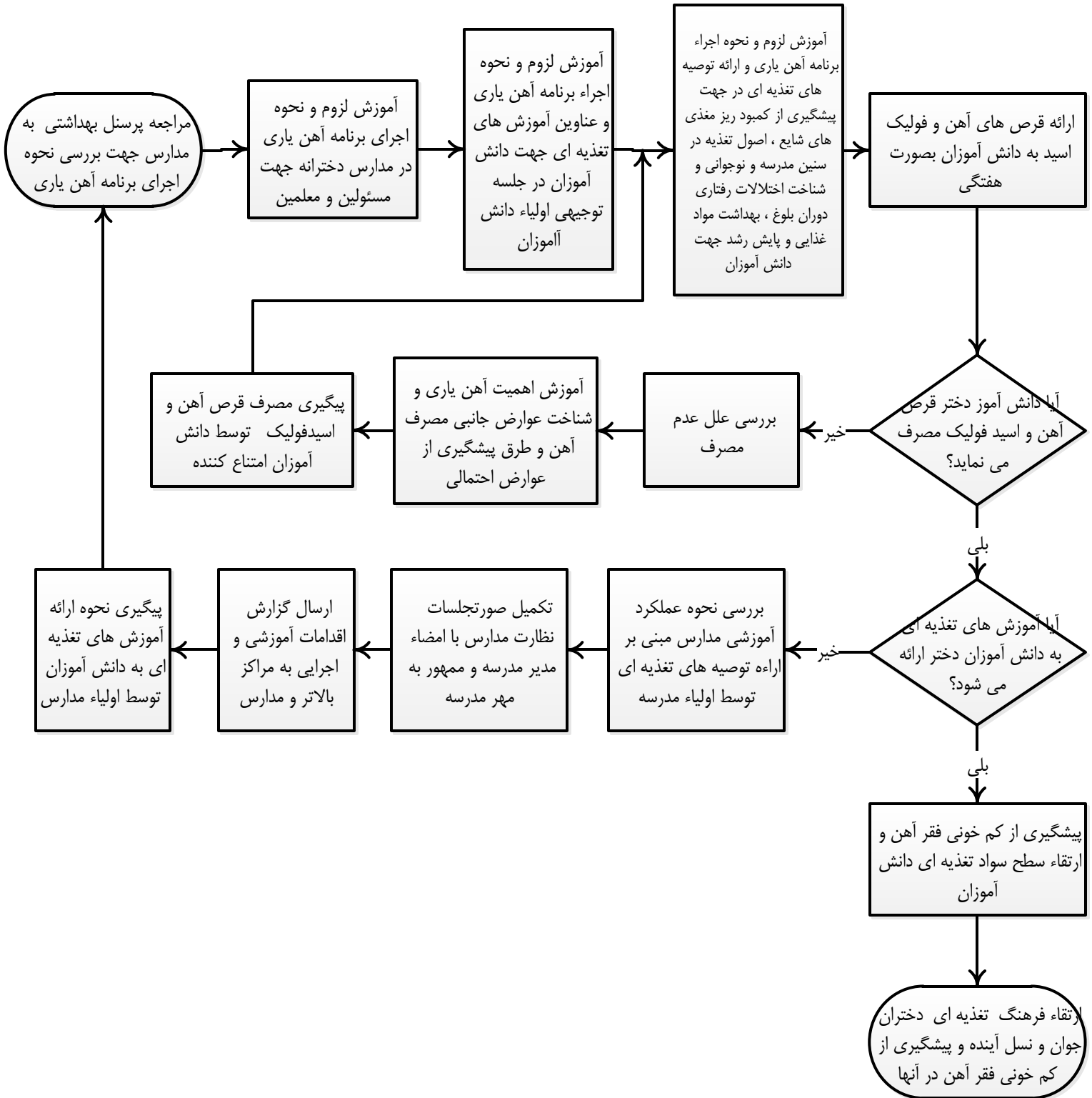
## فلوجارت حمايت تغذيه اى مادران باردار و شيرده



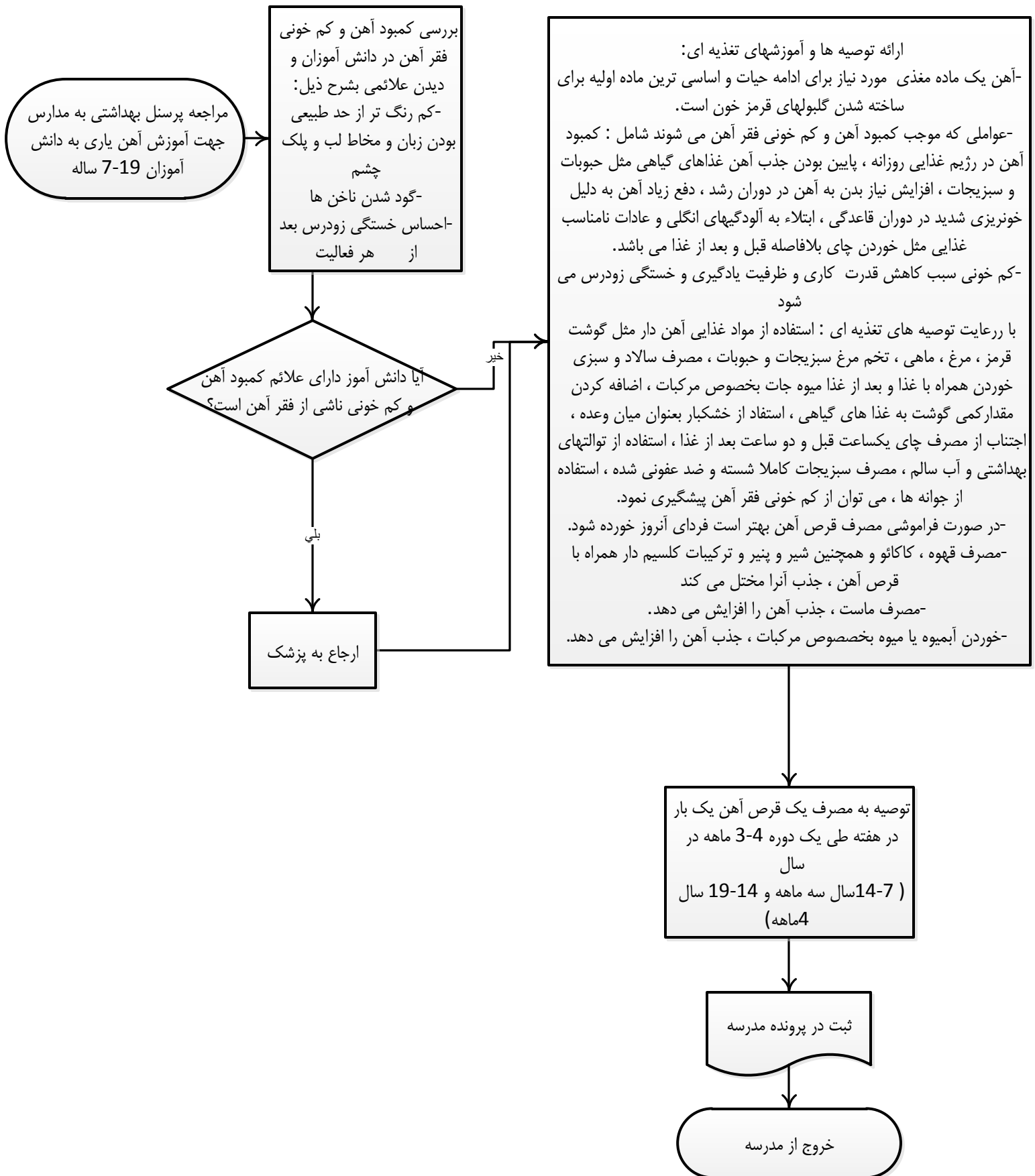
## فرآیند تغذیه دوران شیردهی



# فرآیند ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان دختر دبیرستانی و راهنمایی شبانه روزی از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری

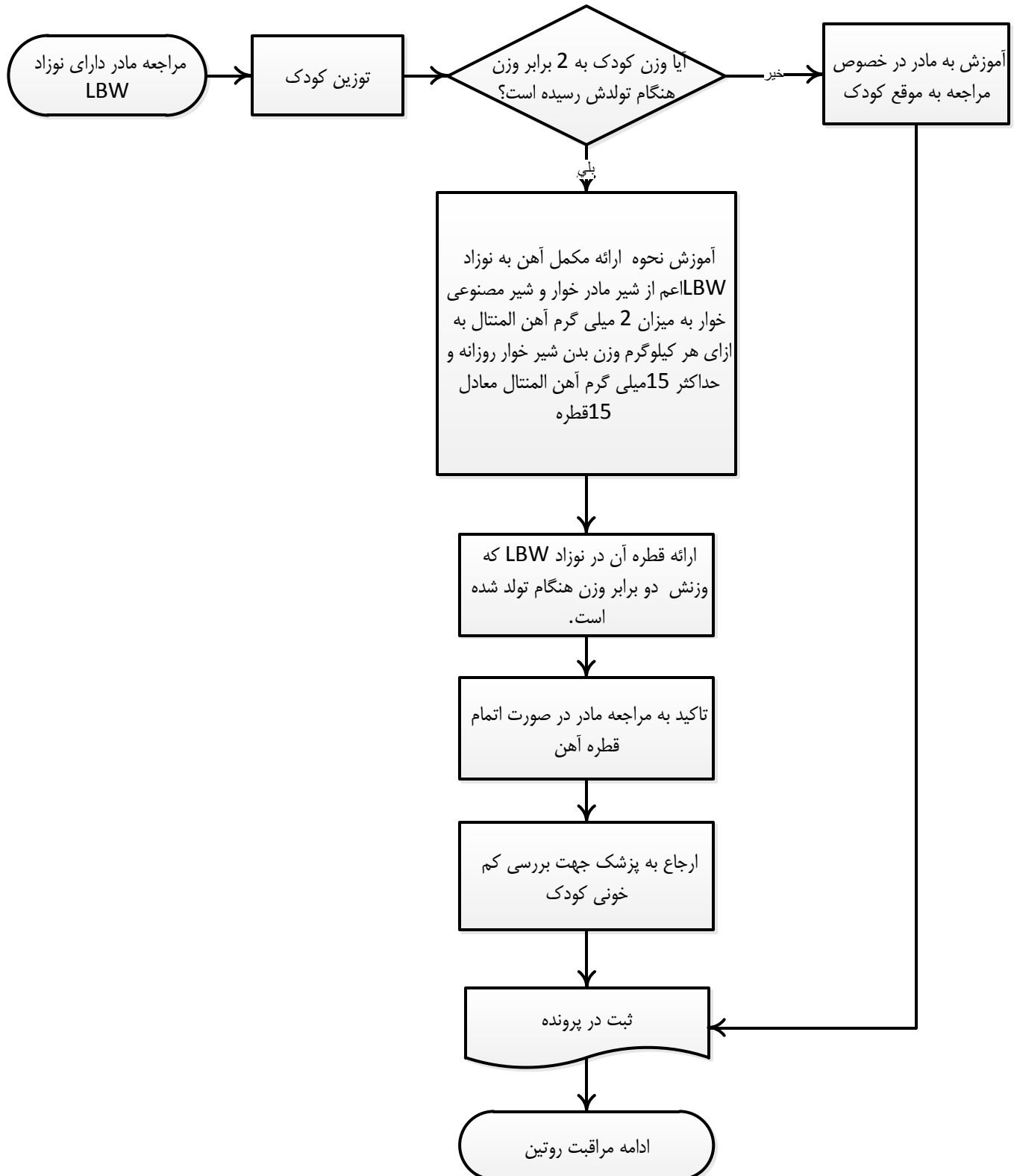


# فرآیند پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن در دانش آموزان ۷-۱۹ سال

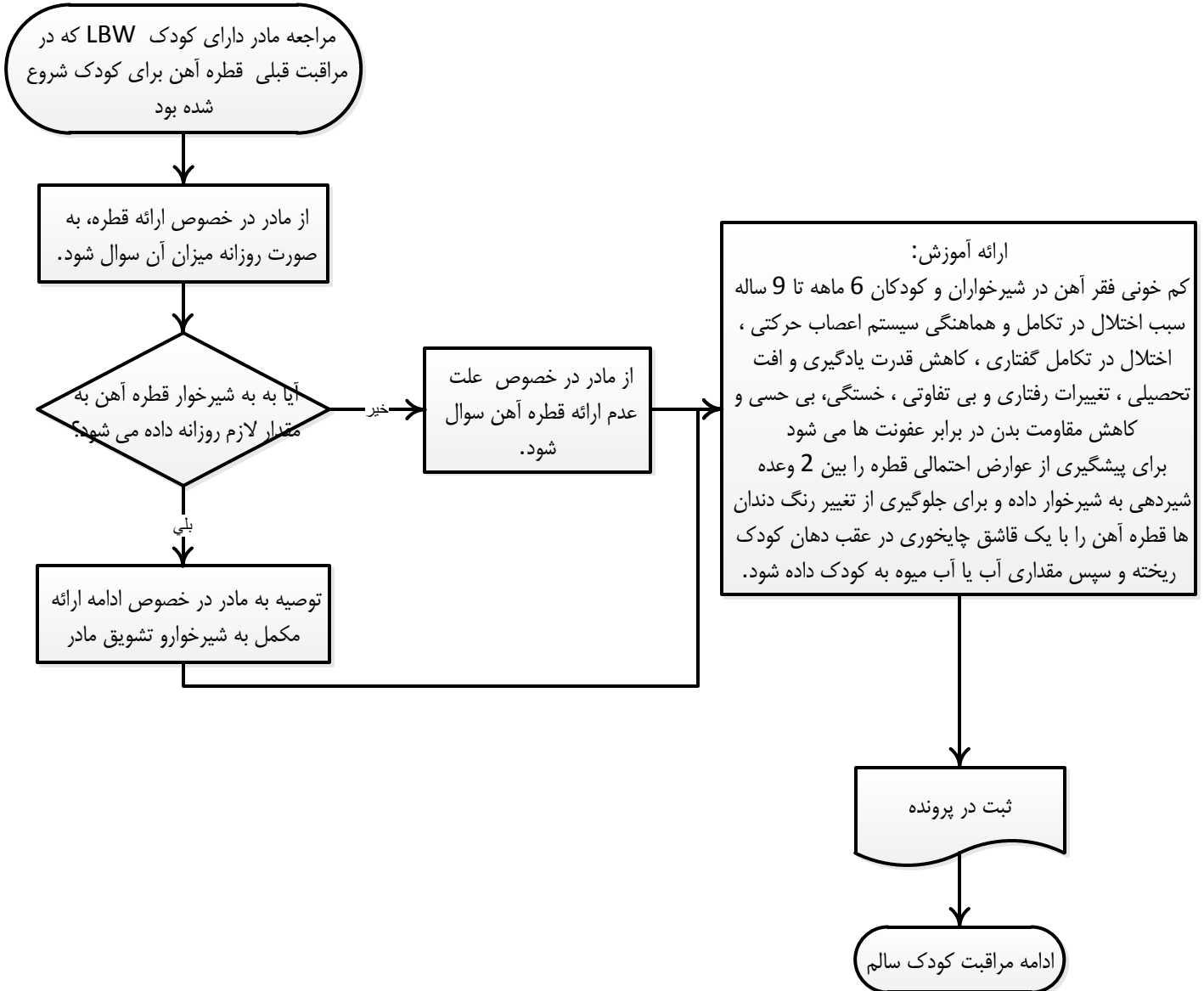


# فرآیند پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن در کودکان با وزن کم هنگام تولد LBW

به ضمیمه 4 بولت چارت کودک سالم پس از تفسیر رشد کودک برای مادر اضافه شود.



# فرایند نحوه پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن در کودکان با وزن کم هنگام تولد



## فرآیند پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی ناشی از فقر آهن در دانش آموزان ۷-۱۹ سال



شناساندن علائم کمبود آهن و کم خونی فقر آهن به دانش آموزان و مربیان بهداشت بشرح ذیل:  
- کم رنگ تر از حد طبیعی بودن زبان و مخاط لب و پلک چشم  
- گود شدن ناخن ها  
- احساس خستگی زودرس بعد از هر فعالیت

مراجعه پرسنل بهداشتی به مدارس جهت آموزش آهن یاری به دانش آموزان 7-19 ساله

ارائه توصیه ها و آموزشهای تغذیه ای:  
- آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات و اساسی ترین ماده اولیه برای ساخته شدن گلبولهای قرمز خون است.  
- عواملی که موجب کمبود آهن و کم خونی فقر آهن می شوند شامل: کمبود آهن در رژیم غذایی روزانه، پایین بودن جذب آهن غذاهای گیاهی مثل حبوبات و سبزیجات، افزایش نیاز بدن به آهن در دوران رشد، دفع زیاد آهن به دلیل خونریزی شدید در دوران قاعدگی، ابتلاء به آلودگیهای انگلی و عادات نامناسب غذایی مثل خوردن چای بلافاصله قبل و بعد از غذا می باشد.  
- کم خونی سبب کاهش قدرت کاری و ظرفیت یادگیری و خستگی زودرس می شود  
با رعایت توصیه های تغذیه ای: استفاده از مواد غذایی آهن دار مثل گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ سبزیجات و حبوبات، مصرف سالاد و سبزی خوردن همراه با غذا و بعد از غذا میوه جات بخصوص مرکبات، اضافه کردن مقدار کمی گوشت به غذا های گیاهی، استفاد از خشکبار بعنوان میان وعده، اجتناب از مصرف چای یکساعت قبل و دو ساعت بعد از غذا، استفاده از توالتهای بهداشتی و آب سالم، مصرف سبزیجات کاملاً شسته و ضد عفونی شده، استفاده از جوانه ها، می توان از کم خونی فقر آهن پیشگیری نمود  
- در صورت فراموشی مصرف قرص آهن بهتر است فردای آنروز خورده شود.  
- مصرف قهوه، کاکائو و همچنین شیر و پنیر و ترکیبات کلسیم دار همراه با قرص آهن، جذب آنرا مختل می کند  
- مصرف ماست، جذب آهن را افزایش می دهد.  
- خوردن آبمیوه یا میوه بخصوص مرکبات، جذب آهن را افزایش می دهد.

توصیه به مصرف یک قرص آهن یک بار در هفته طی یک دوره 3-4 ماهه در سال  
(7-14 سال سه ماهه و 14-19 سال 4 ماهه)

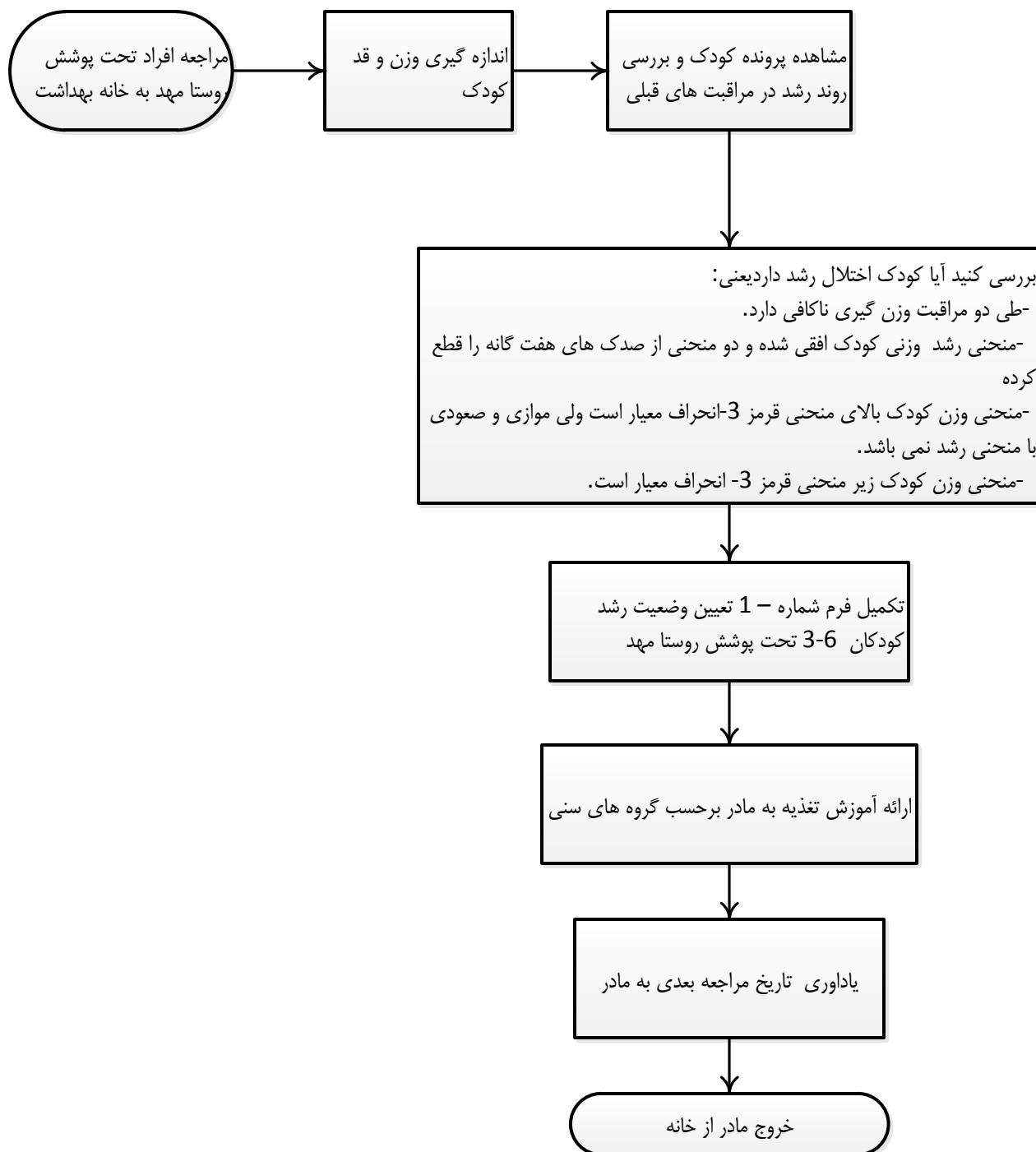
از مربی بهداشت مدرسه خواسته شود در صورت مشاهده علائم کم خونی در دانش آموز والدین آنها را جهت پیگیری در جریان قرار دهد.

ثبت در پرونده مدرسه

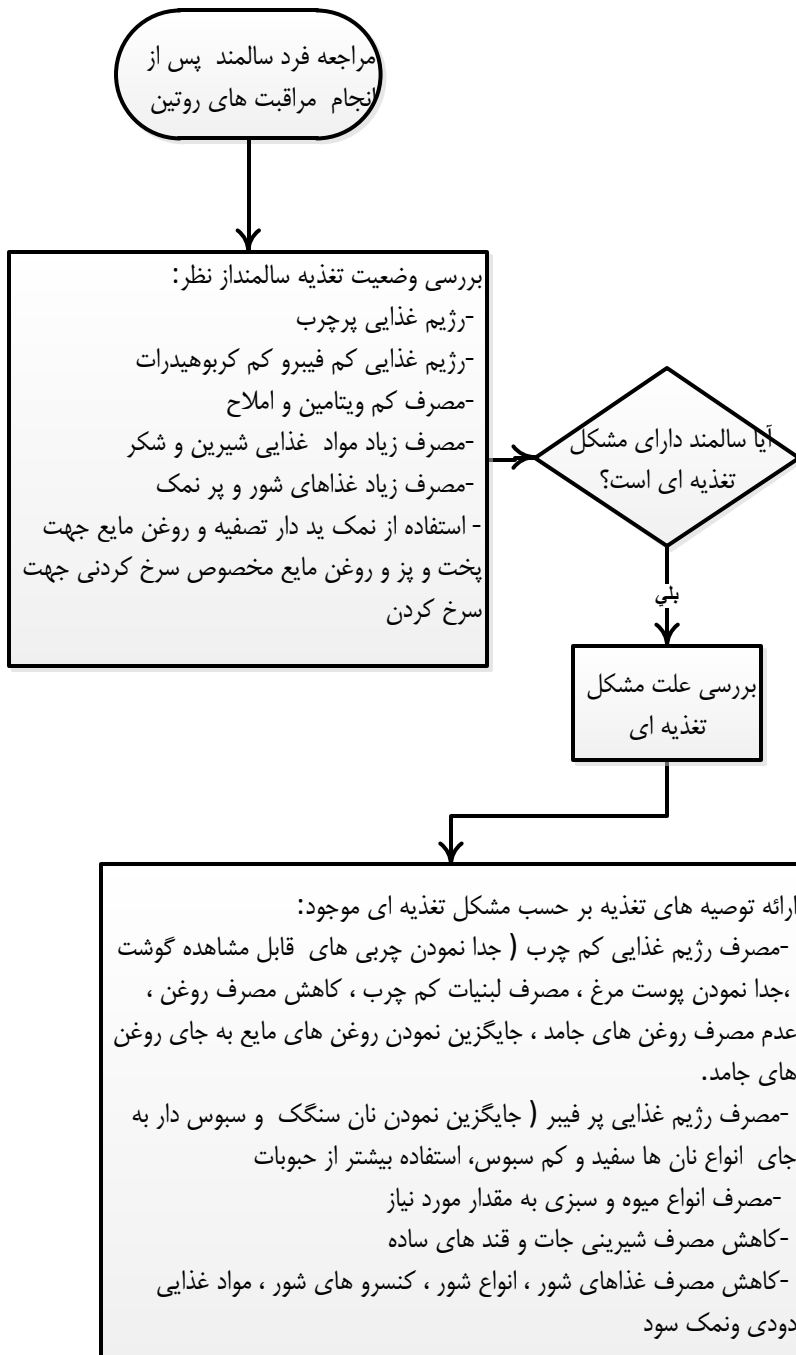
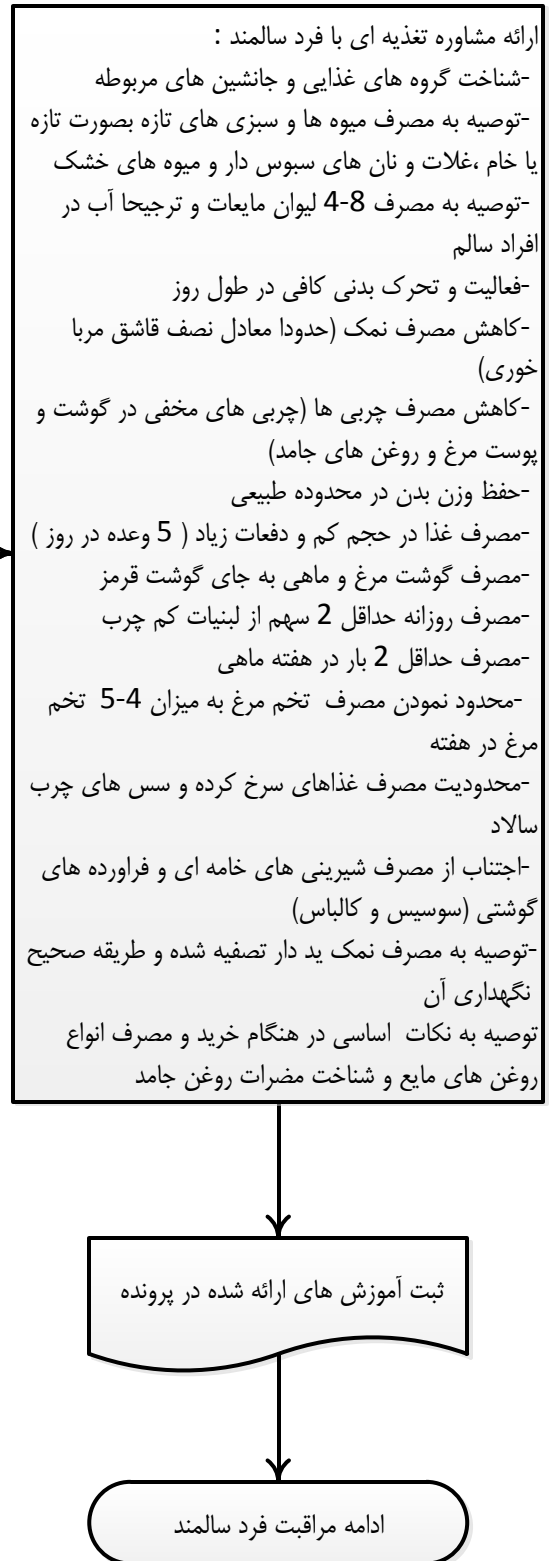
خروج پرسنل بهداشتی از مدرسه



## فلوچارت طرح تامین یک وعده غذای گرم در روستا مهد ها



## تغذیه سالمندان



## تفسیر وضعیت رشد کودک برای مادر (به صفحه ۴ بوکلت چارت کودک سالم اضافه شود)



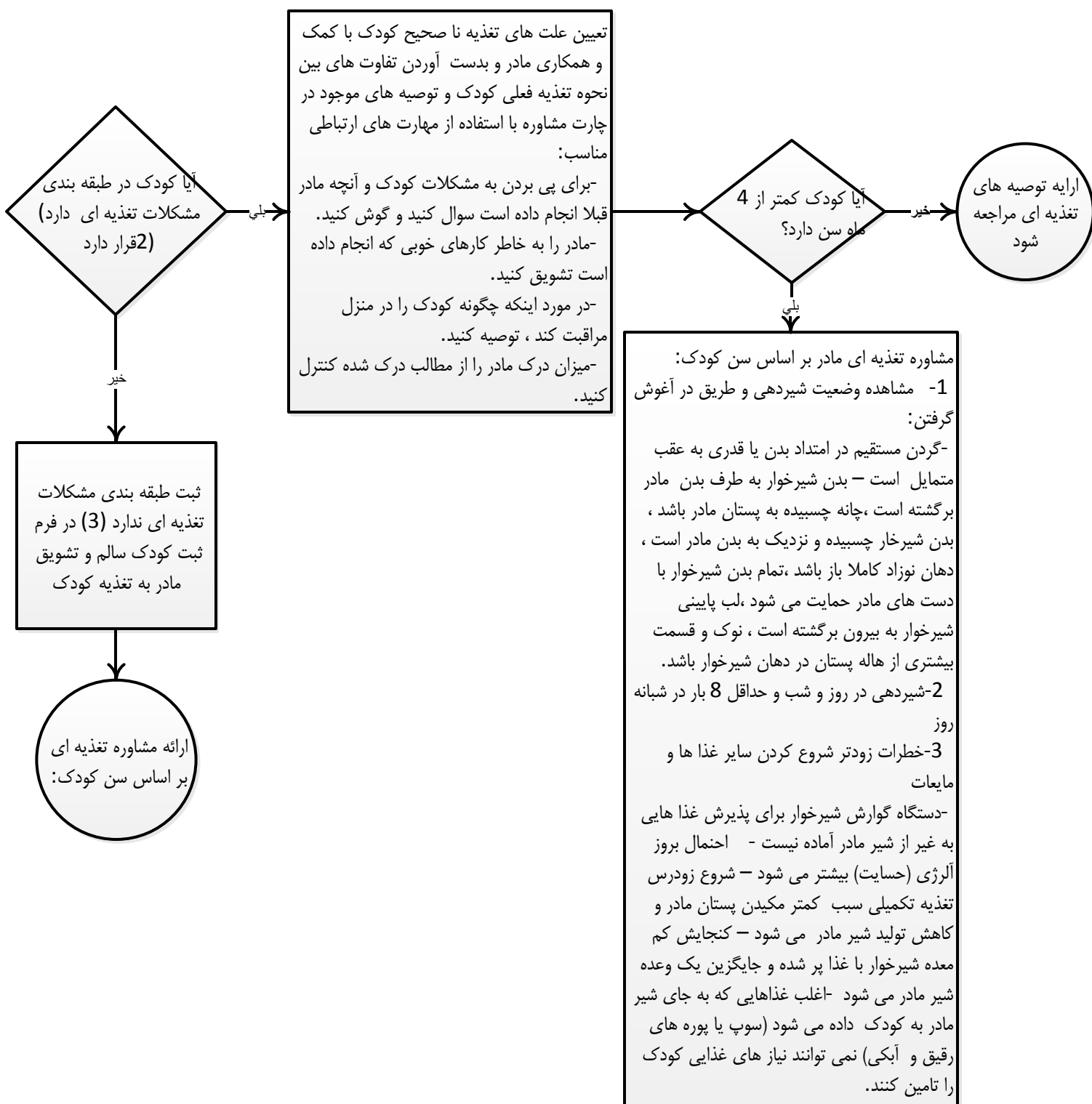
منحنی رشد کودک برای  
مادر تفسیر شود.

رشد مطلوب کودک یعنی وزن کودک در مقایسه با وزن قبلی بیشتر شده و روند رشد خطی روبه بالا رسم می شود و به مادر گفته می شود  
رشد کودک خوب است و برای کارهای خوبی که انجام داده تشویق می شود.

کندی رشد یعنی وزن کودک در مقایسه با وزن قبلی بیشتر شده ولی میزان افزایش آن کافی نیست ، منحنی رو به بالا ولی موازی با  
صداک مربوطه نیست ، از مادر توضیح خواسته می شود که چرا کودک خوب رشد نکرده است.

توقف رشد یعنی وزن کودک نسبت به مراقبت قبلی تغییری نکرده است از مادر خواسته می شود که به نظر او چرا کودک رشد نکرده و  
علت توقف رشد با کمک مادر تشخیص داده می شود.

کاهش وزن یعنی وزن کودک از دفعه قبل کمتر شده ، توضیح داده می شود این وضعیت می تواند خطرناک باشد.



## ارائه توصیه های تغذیه ای:



### ۱- ادامه تغذیه انحصاری تا پایان ۶ ماهگی و ضرورت تغذیه در سال دوم زندگی:

بهترین راه تغذیه کودک از بدو تولد تا سن ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر است و به این معنی است که کودک فقط شیر مادر می خورد و هیچ غذای اضافی، آب یا مایعات دیگر بجز ویتامین ها و داروها در صورت نیاز دریافت نمی کند.

شیر مادر در سال دوم زندگی یک ضرورت است و بهترین منبع تامین پروتئین برای کودک بوده و یک سوم انرژی مورد نیاز او را تامین می کند - مواد ایمنی بخش آن برای کودک نوپا که بسیار متحرک و فعال است و با دست زدن به همه جا و همه چیز خود را در معرض بیماری قرار می دهد او را از ابتلا به اسهال و سایر بیماری ها حفظ می کند- تکامل عصبی و روانی کودک تدریجاً و استمرار شیر مادر در سال دوم کامل می شود و در ایام بیماری که اغلب کودک بی اشتها است تنها به شیر مادر میل پیدا می کند و هیچ چیز به اندازه شیر مادر برای کودک قابل تحمل نیست.

### ۲- اقدام به شروع زود رس تغذیه تکمیلی در صورت وزن گیری ناکافی کودک

#### ۳- اصول و نکات تغذیه تکمیلی

الف- مواد غذایی از نظر مقدار و نوع باید به تدریج به غذای شیرخوار اضافه شود و از یک نوع غذای ساده شروع و به تدریج به مخلوطی از چند نوع غذا تغییر کند: - از مقدار کم شروع و به تدریج به مقدار آن اضافه شود- بین اضافه کردن مواد غذایی مختلف ۲-۳ روز فاصله گذاشته شود- غذاها در شروع نسبتاً رقیق و غلظت آنها کمی بیشتر از شیر مادر باشد و تدریجاً بر غلظت آنها اضافه شود- در صورت بی میلی کودک به غذای مخصوصی نباید پافشاری شود بلکه برای ۲-۱ هفته آن غذا را حذف و دوباره به او ارائه می کنیم- همزمان با شروع غذای کمکی، آب جوشیده خنک به دفعات و حجم مورد علاقه به کودک داده می شود- قبل از یک سالگی از اضافه کردن شکر، نمک و گوجه آدویه به غذای کودک باید پرهیز شود- مقدار غذا با توجه به اشتها کودک افزایش می یابد.

### ۴- ابتدا شیردهی بر حسب تقاضا و سپس تغذیه تکمیلی طی سال اول زندگی کودک

#### ۵- نحوه شروع تغذیه تکمیلی و طرز تهیه غذا ها

- در ابتدای ماه هفتم فرنی به عنوان بهترین غذا در آغاز تغذیه تکمیلی از یکبار در روز به اندازه ۲-۱ قاشق مربا خوری شروع شده و به تدریج بر مقدار آن متناسب با اشتها کودک افزوده می شود- از هفته دوم شروع غذای کمکی می توان علاوه بر فرنی، حریره بادام و شیر برنج کاملاً پخته و له شده را به کودک داد در هفته سوم از انواع سبزیجات مثل سیب زمینی، هویج، گشنیز، کدو، لوبیا سبز با مخلوط برنج می توان برای کودک سوپ تهیه کرد. بهتر است سبزیجات نیز تک به تک به فاصله ۲-۳ روز به سوپ کودک اضافه نماییم.

تهیه پوره سبزیجات مانند پوره سیب زمینی، پوره هویج، پوره نخود سبز بصورت پخته شده و نرم همراه با کمی روغن یا کره نیز برای شیرخواران مفید است. در هفته چهارم هم شما می توانید از انواع گوشت در تهیه سوپ برای شیرخواران استفاده کنید. فقط توجه داشته باشید انواع گوشت ها را به قطعات کوچک تقسیم کنید و یا از گوشت های چرخ کرده در تهیه سوپ استفاده کنید.

در این ماه علاوه بر شیرمادر، می توان روزانه ۲ تا ۳ وعده غذای کمکی و ۱ تا ۲ میان وعده بر حسب تمایل شیرخوار به او داد.

شما می توانید از ابتدای ماه هشتم زندگی شیرخواران زرده تخم مرغ را که کاملاً آب پز و سفت باشد به اندازه یک قاشق چایخوری در آب یا شیر و حتی شیر مادر له کرده و به شیرخوار بدهید و تدریجاً مقدار آنرا افزایش دهید تا در ظرف ۱ هفته به یک زرده کامل تخم مرغ برسد آنگاه می توانید یک روز در میان یک زرده کامل و یا هر روز نصف زرده تخم مرغ به کودک بدهید. توجه داشته باشید تا پایان یکسالگی از ارائه سفیده تخم مرغ خودداری کنید. شما می توانید از اواسط ماه هشتم با افزایش سن و پذیرش بیشتر شیرخواران سوپ و غذاهای نرم را به غذاهای سفت تر تبدیل کنید که عمل جویدن در شیرخوار تقویت شود، دادن تکه های نان و بیسکویت می تواند بسیار کمک کننده باشد. در هفته دوم ماه هشتم، برای تامین بخشی از پروتئین و املاح مورد نیاز شیرخوار استفاده از حیوانات آسان هضم مانند عدس و ماش در سوپ شیرخوار توصیه می شود.

از اواسط این ماه می توان میوه های رسیده و نرم مانند سیب، گلابی، موز زردآلو، آلو و هلو را در برنامه غذایی کودک اضافه نمود. همچنین دادن آبمیوه طبیعی که با رعایت نکات بهداشتی تهیه می گردد توصیه می شود. آبمیوه باید از ۳ قاشق مرباخوری در روز شروع و به تدریج به میزان ۱۲ تا ۱۶ قاشق مرباخوری برسد. دادن ماست در این ماه توصیه می شود.

در ماه نهم و دهم، غذاهایی با غلظت بیشتر مانند حلیم و پلو نیز می توان به کودک داد. تعداد دفعات تغذیه شیرخوار در این سن ۴ تا ۳ وعده در روز است و در صورت تمایز شیرخوار یک تا دو میان وعده نیز میتوان به آن اضافه کرد. در این سن کودک می تواند تکه های مواد غذایی نرم را در دست بگیرد و آرام آرام بخورد. در این زمان می توان نان، بیسکویت ساده و ماکارونی پخته و نرم شده را به برنامه غذایی شیرخوار اضافه نمود. مصرف سایر حیوانات (به جز نخود و لپه) در این ماهها شروع می شود.

در ماه های یازدهم و دوازدهم می توان از انواع کنه، پلو و خوراک استفاده کرد. مصرف چغندر، شلغم و اسفناج از ماه یازدهم به بعد مجاز است.

### ۶- در طول روز ۵ وعده غذا به کودک بدهید

### ۷- شناخت رفتارهای تغذیه ای مناسب در کودکان کمتر از یک سال

- کودک در سنین ۶ تا ۹ ماهگی دوست دارد از بزرگتر ها تقلید کند

- هنگام غذا دادن به کودک همراه او دهان را باز نموده و اینکار را چند بار تکرار کرد.

- نام هر ماده غذایی که به او داده می شود می بایست چندین بار تکرار شود تا کودک علاوه بر طعم غذایی با نام آن آشنا شود.

- برای بهتر غذا خوردن کودک، در صورت امکان کودک دیگری که با اشتها غذا می خورد در مقابل او گذاشته شود. یا مادر با اشتها غذا خورده تا او یاد بگیرد.

- والدین با هر نوع عکس العمل شیرخوار مثل بستن دهان بعد از خوردن یکی دو قاشق، تف کردن، سر برگرداندن و ریختن غذا باید صبورانه برخورد کرده و خونسردی خود را حفظ نمایند.

- اصرار زیاد و یا به زور غذا دادن به هر نحوی که باشد، کار صحیحی نیست و موجب امتناع کودک از خوردن در آینده خواهد شد.

- والدین می بایست در برابر رفتار های کودک مانند ریختن غذا روی زمین، مالیدن ماست و سوپ به صورت و لباس، وارونه کردن ظرف و یا گذاشتن ظرف خالی روی سر عکس العملی نشان ندهند.

- با کودک حرفهائی زده شود که او به خوردن تشویق شود.

- به کودک اجازه داده شود که تا هر قدر میل دارد بخورد و در مورد سرعت غذا خوردنش خودش تصمیم بگیرد.

- در هنگام غذا دادن به کودک می توان یک قاشق نیز به کودک داد که مشغول باشد

- مقدار غذای دریافتی کودک از یکروز به روز دیگر تغییر می کند

- ممکن است بعضی از غذا ها یک روز باب طبع کودک بوده و آنرا با اشتها بخورد و روز دیگر اصلاً تمایلی به خوردن آن نشان ندهد.

ایا کودک کمتر از 2 سال سن دارد؟

خیر

به ارائه مشاوره تغذیه ای بر اساس سن کودک مراجعه شود

## توصیه های تغذیه ای (ادامه)

a

### 8- ده توصیه بهداشتی غذای کودک

- دستها قبل و بعد از تهیه غذا و قبل از غذا دادن به کودک شسته شوند
- محل تهیه و پخت غذا تمیز نگهداشته شود .
- غذای کودک باید کاملا پخته شود بخصوص مواد گوشتی را باید ابتدا به قطعات کوچک تقسیم کرده یا چرخ نموده و سپس پخت.
- بلافاصله پس از پخت غذا مصرف شود طوری که فاصله بین پخته شدن غذا و دادن آن به کودک طولانی نباشد .
- غذاهای پخته شده بطور صحیح نگهداری شوند و در صورتی که به اجبار غذا برای دو وعده یا بیشتر تهیه می شود ، می بایست غذای اضافی را بلا فاصله پس از پخت ، خنک کرده و در ظرف درب بسته در یخچال نگهداری نمود.
- غذای نگهداری شده را قبل از مصرف می بایست بطور کامل حرارت داد. و غذای باقیمانده را نباید بیش از یکبار داغ نمود.
- غذاهای خام و پخته جدا از هم نگهداری شوند
- غذاها از دسترس حشرات ، چوندگان و دیگر حیوانات دور نگه داشته شوند
- از آب پاکیزه و سالم استفاده گردد .
- حتی الامکان از شیر و فرآورده های لبنی پاستوریزه استفاده گردد.

### 9 - توصیه های تغذیه ای به هنگام تاخیر رشد

- افزایش تعداد دفعات غذای کودک
- تداوم تغذیه با شیر مادر در شب و روز
- دادن غذای کمکی بر اساس سن کودک و نحوه تغذیه تکمیلی
- توجه بیشتر مادر به کودک
- افزایش انرژی غذای کمکی کودک با افزودن آرد یا روغن مایع یا جوانه غلات
- افزودن کمی روغن مایع یا کره آب شده حدود 1-2 قاشق مربا خوری به هر وعده غذای کودک
- افزودن جوانه ماش یا جوانه گندم یا پودر این جوانه ها در سوپ کودک
- افزودن کمی آرد ، شیر و کره ( بصورت سس سفید ) به سوپ کودک
- اضافه کردن کمی خامه پاستوریزه به سوپ کودک در حدود 11 ماهگی
- اضافه کردن تخم مرغ نرم شده با کمی کره و آب مرغ به سوپ کودک
- استفاده از گوشت با استخوان برای تهیه سوپ یا کته
- استفاده از عصاره قلم گوسفند یا گوساله برای هر وعده غذای کودک به میزان 2 قاشق غذا خوری
- به تعویق انداختن افزودن حبوبات به غذای کودک تا بعد از 10 ماهگی
- اضافه کردن آب غلیظ شده ران مرغ یا تکه هایی از ران پخته شده و له شده همچنین جوانه گندم ، آرد یا پودر بادام خام ، کنجد ، مغز تخمه آفتاب گردان به غذای کودک
- تهیه کته با آب مرغ یا گوشت
- ارانه میوه یا آبمیوه با حجم کم به کودک 2 بار در روز بعد از غذای وسط روز

کنترل میزان درک مادر از توصیه های تغذیه ای  
ارائه شده

مراجعه به ارائه  
مشاوره تغذیه ای بر  
اساس سن کودک

## ارائه مشاوره تغذیه ای بر اساس سن کودک



### 1- ارائه 5 وعده غذایی در روز (ارائه 3 وعده غذایی اصلی و 2 میان وعده)

#### 2- شناخت گروه های غذایی و جانشین های مربوطه

- گروه نان و غلات (نان، برنج، ماکارونی و...) تامین کننده انرژی کودک است و سهم بیشتری از غذای کودک را تشکیل می دهد، تعداد سهم روزانه در کودکان 2-3 سال 3 سهم است که هر سهم معادل 15 گرم نان یا یک دوم کف دست نان یا یک چهارم لیوان برنج پخته یا یک چهارم لیوان ماکارونی پخته است و در کودکان 4-5 ساله نیاز به این گروه 3 سهم است که هر سهم معادل 30 گرم نان یا یک کف دست نان یا یک دوم لیوان برنج پخته یا یک دوم لیوان ماکارونی پخته است

- گروه سبزی ها و میوه ها که تامین کننده املاح و ویتامین ها است، تعداد سهم روزانه سبزی ها و میوه ها در کودکان 2-3 سال 4-5 سهم است که معادل نصف عدد سیب، پرتقال موز و 1 قاشق غذاخوری میوه های خشک شده و نصف لیوان آب میوه طبیعی و یک دوم لیوان سبزی خام و یک چهارم لیوان سبزی پخته است. تعداد سهم روزانه میوه ها و سبزی ها در کودکان 4-5 سال 4-5 سهم می باشد که معادل یک عدد سیب، پرتقال، موز و 2 قاشق غذاخوری میوه های خشک شده و سه چهارم لیوان آب میوه طبیعی و یک لیوان سبزی خام و یک دوم لیوان سبزی پخته است

- گروه شیر و لبنیات (شیر، ماست، پنیر، بستنی) که تامین کننده کلسیم، فسفر و پروتئین است، تعداد سهم روزانه در کودکان 2-3 سال 4-5 سهم یک دوم لیوان شیر یا 45 گرم یا یک و نیم قوطی کبریت پنیر، یک دوم لیوان ماست و برای کودکان 4 تا 6 سال 4-3 سهم می باشد که معادل نصف تا سه چهارم لیوان شیر، 45 گرم یا یک و نیم قوطی کبریت پنیر و نصف لیوان ماست است.

- گروه گوشت > حبوبات > تخم مرغ و مغزها که تامین کننده پروتئین است. تعداد سهم روزانه در کودکان 2 تا 3 سال و 4-5 سال، 2 سهم معادل 30-60 گرم گوشت سفید یا قرمز کم چربی، 1-2 عدد تخم مرغ، نصف لیوان حبوبات و 4-2 قاشق غذاخوری مغزها می باشد.

### 3- تاکید بر تنوع مواد غذایی (وجود تمامی گروه های غذایی در وعده های اصلی غذایی و حداقل 2 گروه غذایی در میان وعده ها)

- برای تامین کلیه مواد غذایی مورد نیاز کودک > برنامه غذایی او باید شامل ترکیبی از غذاهای مختلف در گروه های اصلی غذایی باشد.

### 4- نحوه از شیر گرفتن

- به کودک 5 نوبت غذا در روز داده شود. (2 میان وعده اصلی غذایی)

- در صورت نیاز > میزان غذا و تعداد وعده های غذایی افزایش داده شود.

- فواصل بین شیردهی افزایش یابد > بعنوان مثال مادر در طول صبح شیردهی را قطع کند و پس از یک تا دو هفته > شیردهی را در طول بعد از ظهر نیز قطع نماید.

- به کودک بیشتر محبت شود و به کودک اجازه داده شود که احساس نزدیکی با مادر داشته باشد.

- سر انجام شیردهی در طول شب را قطع نماید.

### 5- طریقه مقوی کردن غذای کودک

- برای مقوی کردن می توان به غذای کودک آرد یا روغن مایع اضافه نمود.

- به هر وعده غذایی کودک (صبحانه؛ ناهار؛ شام) حدود 1-2 قاشق مربا خوری روغن مایع یا کره آب شده اضافه می شود.

- برای تهیه سوپ یا کته می توان از گوشت یا استخوان مثل ران مرغ یا ماهیچه گوسفند استفاده نمود.

- تهیه سس سفید با استفاده از آرد و شیر و کره جت اضافه نمودن به سوپ سبب مقوی شدن آن می شود.

### 6- طریقه مغذی کردن غذای کودک

- حتی الامکان گوشتهایی مانند مرغ؛ گوسفند > ماهی به غذای کودک اضافه می شود.

- شیر را می توان به سوپ یا پوره کودک اضافه کرد.

- نخود > لوبیا > عدس کاملاً پخته و له شده را بصورت مخلوط با سیب زمینی و روغن زیتون یا کره استفاده کرد.

- افزودن تخم مرغ آبپز و سفت بصورت رنده شده در داخل پوره یا سوپ و سایر غذاها

- استفاده از انواع مغزها مانند گردو > بادام و... در غذاها

- استفاده از سبزیجات برگ سبز مثل جعفری > شوید > گشنیز و سبزیجات زرد و نارنجی مثل کدو حلوائی و هویج برای تهیه غذای کودک

- استفاده از جوانه غلات و حبوبات مانند جوانه ماش > جوانه عدس بصورت تازه و له کرده یا بصورت پودر پس از خشک کردن در غذای کودک

- استفاده از عصاره استخوان در تهیه غذاهای کودک.



## ارائه مشاوره تغذیه ای بر اساس سن کودک (ادامه)

a

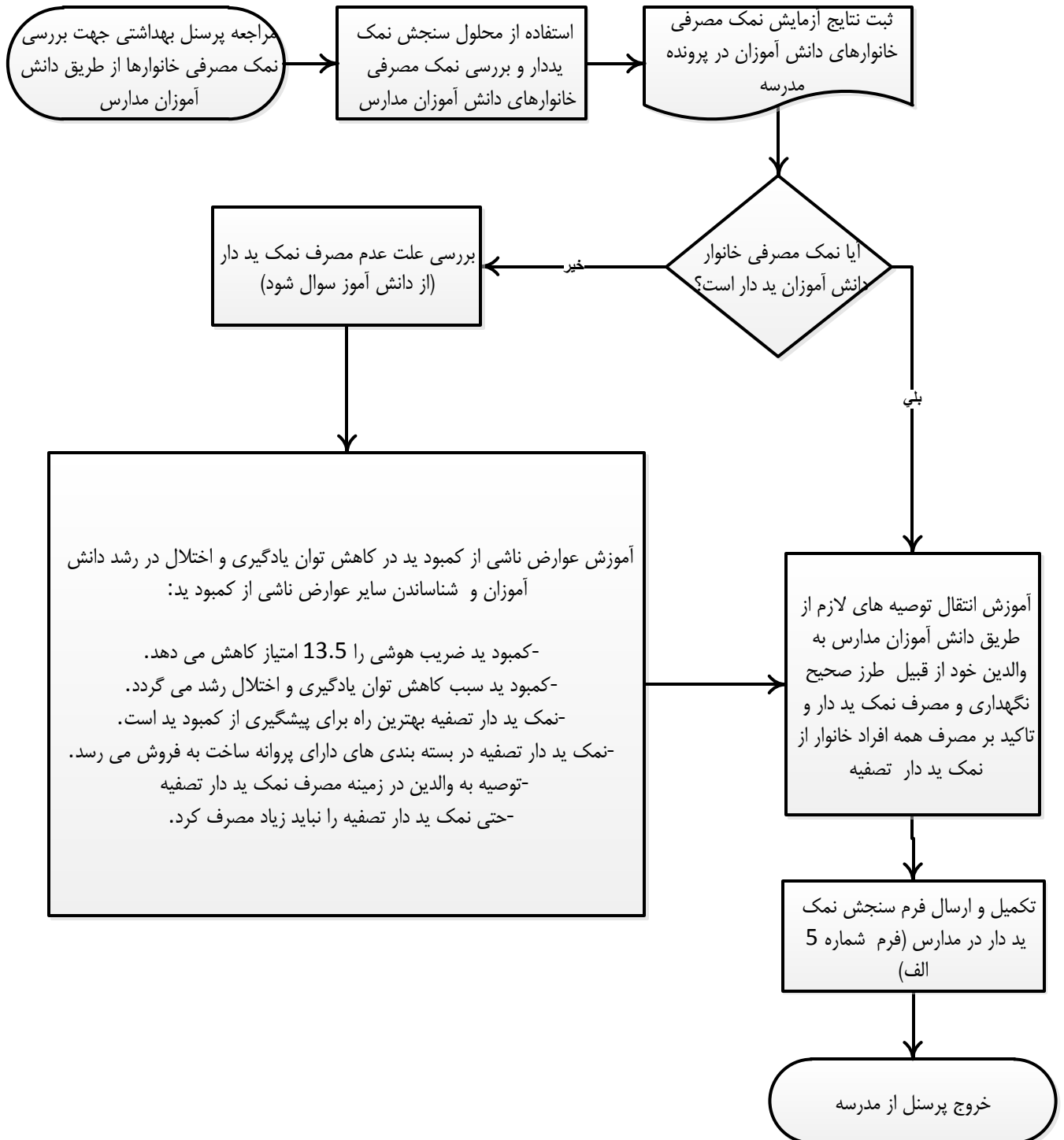
- 6 نکات مورد توجه در هنگام ارائه میان وعده به کودکان
- میان وعده ها از میان 5 گروه اصلی غذایی انتخاب شوند.
- فرآورده های غلات زمانی که با مواد دیگری همراه باشند (مانند غلات با میوه و شیر نان با کره و بادام زمینی، ذرت بو داده با پنیر رنده شده ، بلغور جو با شیر ) سیر کننده هستند .
- تکه های سبزی خام به تنهایی یا همراه با غذاهایی از سایر گروهها مانند کرفس با کره بادام زمینی ، کلم بروکلی ، گل کلم و هویج با پنیر
- میوه ها بصورت تازه یا خشک شده یا بصورت آبمیوه و یا همراه با سایر غذاها مانند سیب و پنیر ، موز و کره بادام زمینی ، هلو با ماست ، مخلوط کشمش تخمه آفتابگردان یا آجیل ها
- بین وعده های اصلی و میان وعده ، حداقل 2-3 ساعت فاصله گذاشته شود.
- از دادن میان وعده هایی نظیر شکلات ، آب نبات، شیرینی و چیپس که فقط حاوی انرژی است ، خودداری شود.
- میان وعده های مناسب شامل ذرت بو داده خانگی کم نمک ، مغز ها و میوه ها ، ساندویچ پنیر و گردو ، گوجه و خیار و پنیر، تخم مرغ ، دوغ، شیر ، انواع آبمیوه های طبیعی ، بستنی و انواع برگه ای میوه و آلو و خشکبار .
- 7- اصول رفتار با کودکان 3-6 سال در جهت ایجاد عادات خوب غذایی
- عدم تکرار مصرف یک غذا می تواند عکس العمل های منفی ( تنفر آمیز ) کودکان را کاهش دهد .
- کودکان تغذیه شده با شیر مادر در مقایسه با کودکان شیر مصنوعی خوار، غذاهای جدید را به آسانی قبول می کنند.
- سرعت رشد در سنین پیش دبستانی کند می شود و اشتها نیز کاهش می یابد، بنابراین این مسئله نباید باعث نگرانی والدین گردد.
- تمایل یا عدم تمایل کودکان نسبت به غذاها ممکن است از روزی به روز دیگر و یا هفته ای به هفته دیگر تغییر یابد.
- بعضی اوقات ممکن است کودکان به بهانه های مختلف از خوردن غذا خودداری کنند مثل : قبول کردن ساندویچ نصف شده نسبت به یک چهارم ساندویچ.
- هیچ کودکی را نمی توان با زور وادار به غذا خوردن کرد.
- کودک ممکن است در یک وعده با ولع و اشتها غذا بخورد در حالی که در وعده بعد، از صرف غذا خودداری کند.
- در وعده های بعد از ظهر عموماً غذا بهتر از وعده های دیگر مورد پذیرش کودک است .
- لجبازی در کودکان سبب کاهش اشتها و نامنظم شدن مصرف غذا می شود.
- غذای داغ مورد پذیرش کودکان نیست. و بسیاری از کودکان غذای ولرم را دوست دارند.
- بعضی غذاها نه به دلیل طعم شان بلکه بدلیل بوی آنها مورد قبول نیستند.و مصرف غذاهای مخلوط به غیر از ماکارونی کمتر مورد پذیرش کودکان می باشند.
- برای آشنا شدن کودک با غذا های جدید می توان قطعات کوچکی از آنها را با غذاهای معمولی و آشنا به کودک داد.
- اغلب می بایست تعادلی میان غذاهای خشک و مرطوب برقرار نمود ( بطور مثال : ارائه یک تکه گوشت با سیب زمینی آب پز و یا لوبیا )
- میوه هایی مانند پرتقال بهتر است بصورت پوست کنده و قطعه قطعه شده به کودک داده شود.

کنترل میزان آموخته های مادر از توصیه های تغذیه ای

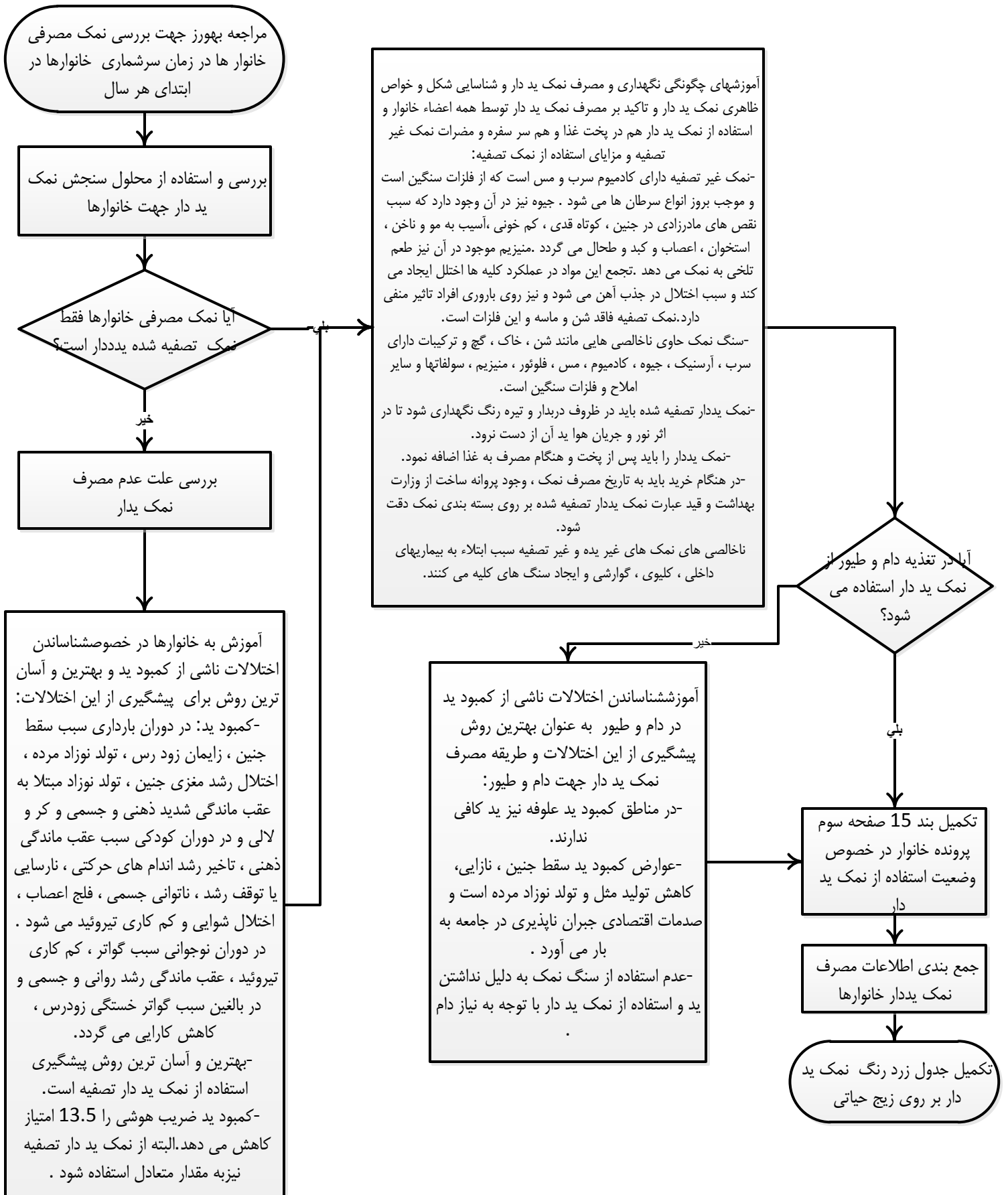
ادامه بوکت چارت



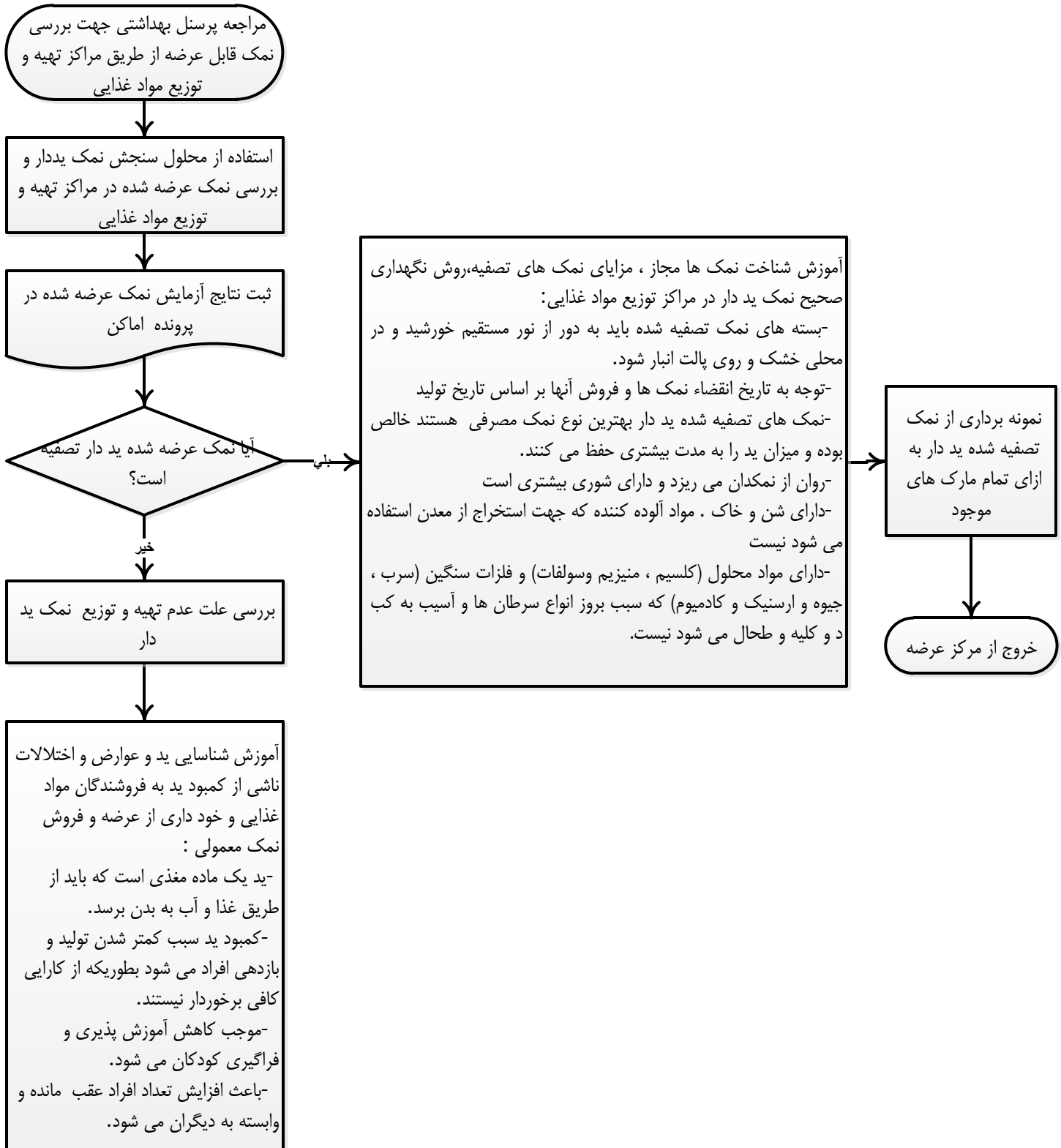
# فرآیند مراجعه پرسنل بهداشتی جهت بررسی نمک مصرفی خانوارها از طریق دانش آموزان



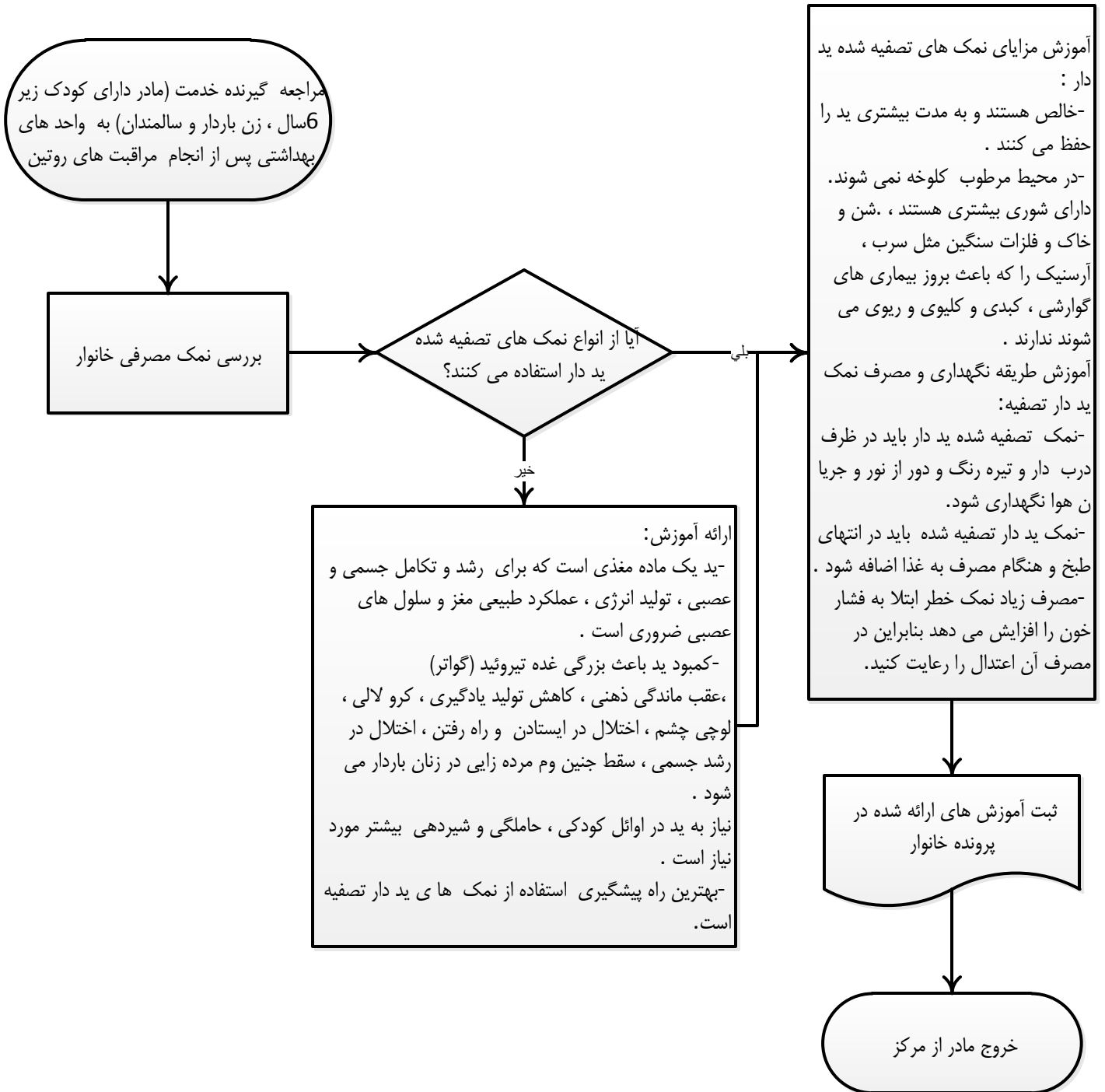
# فرآیند مراجعه بهروز جهت بررسی نمک مصرفی خانوارها در سر شماری ابتدای سال



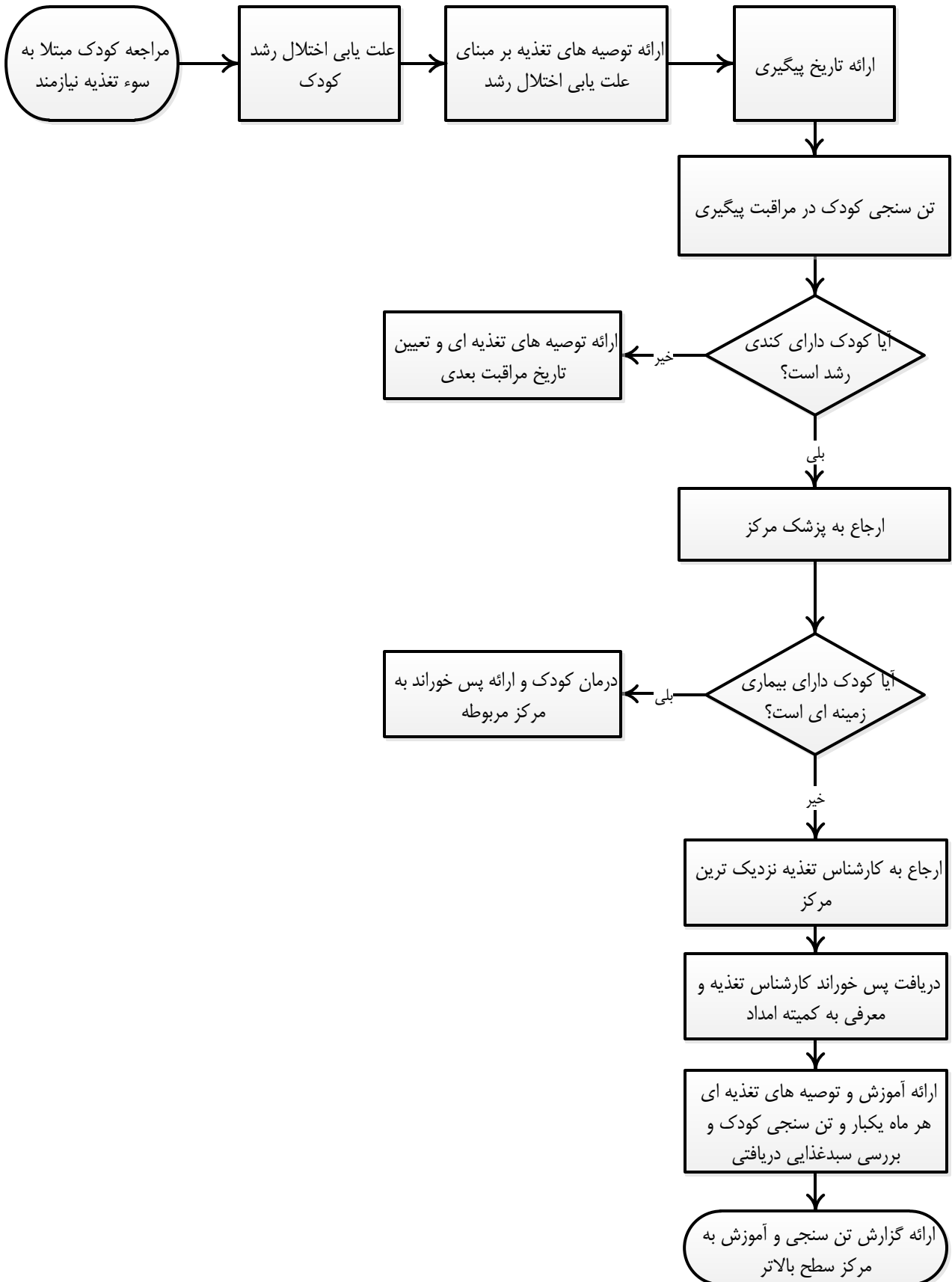
# فرایند خدمت پرسنل بهداشتی جهت بررسی نمک قابل عرضه از طریق مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی



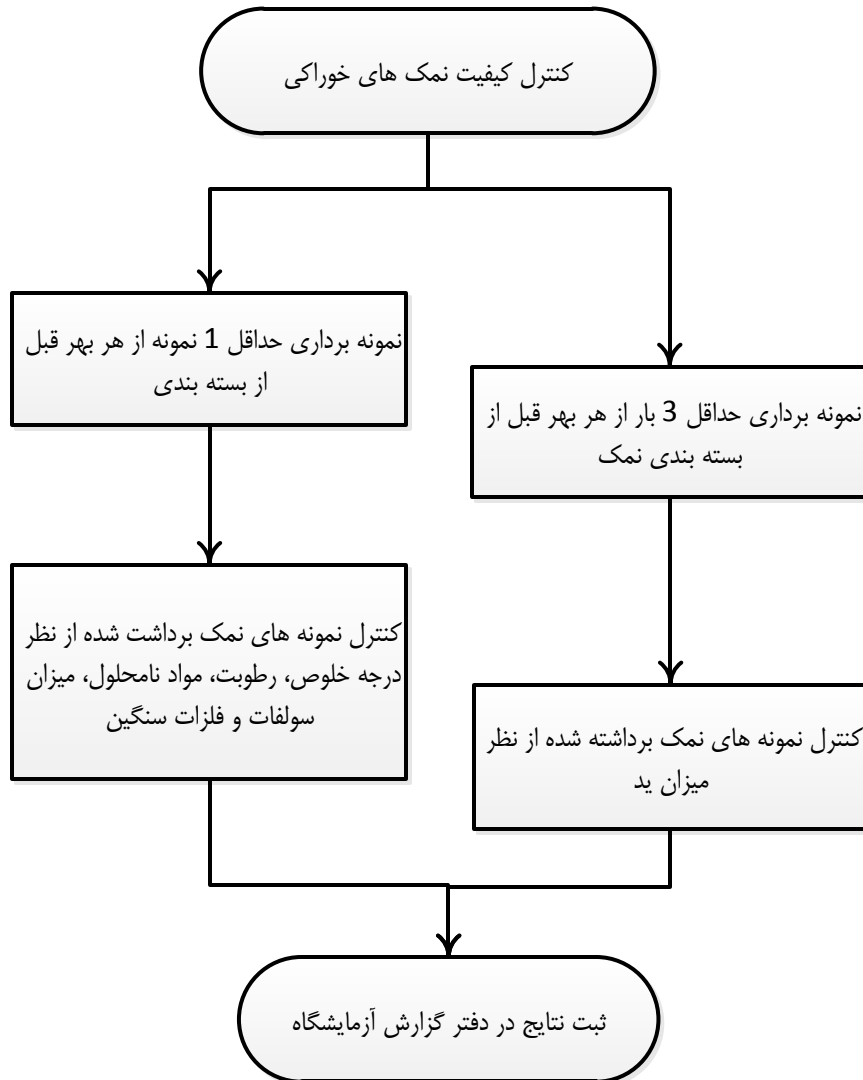
## فرآیند بررسی نمک مصرفی مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی



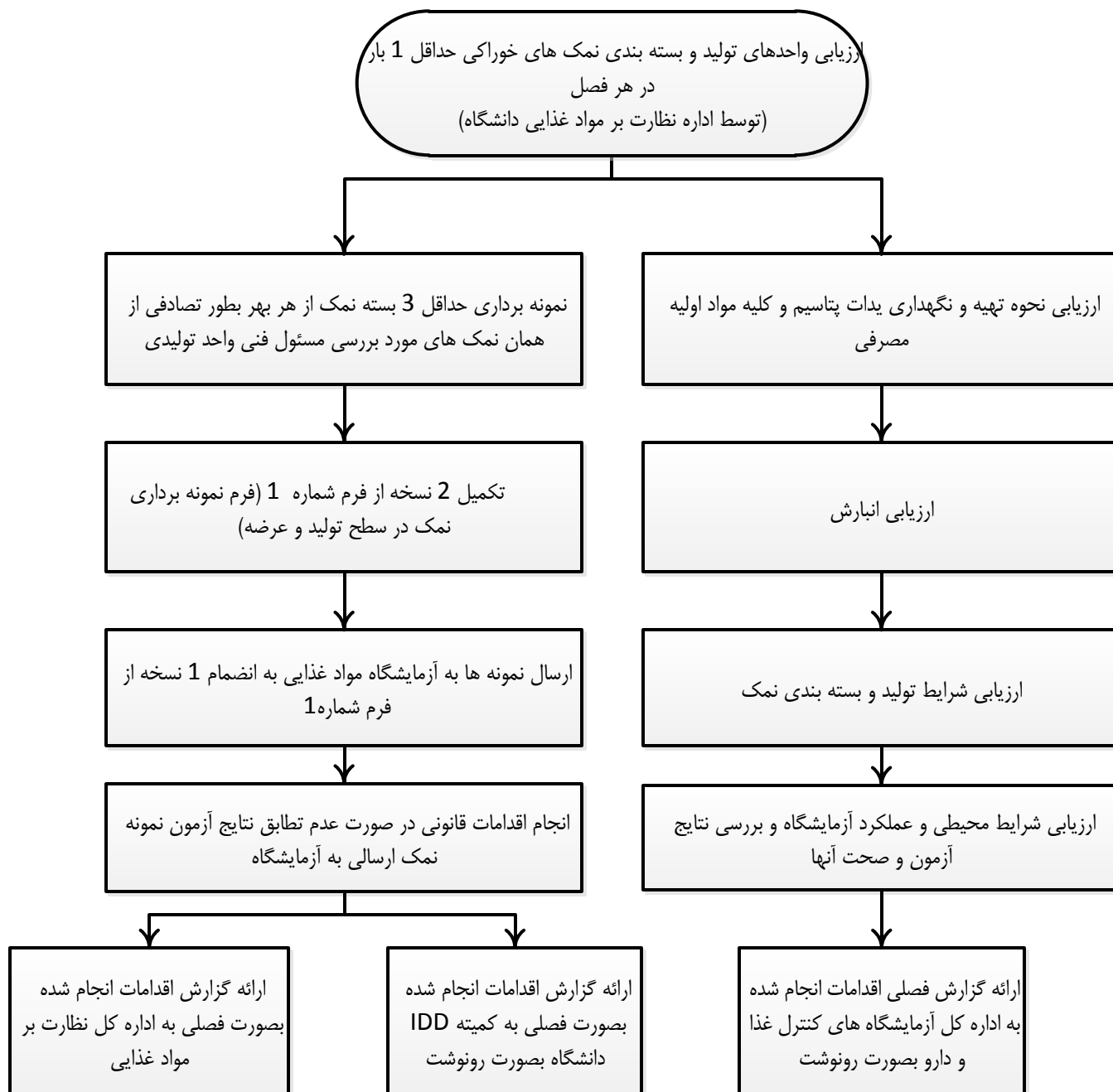
## فرآیند بررسی نمک مصرفی مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی



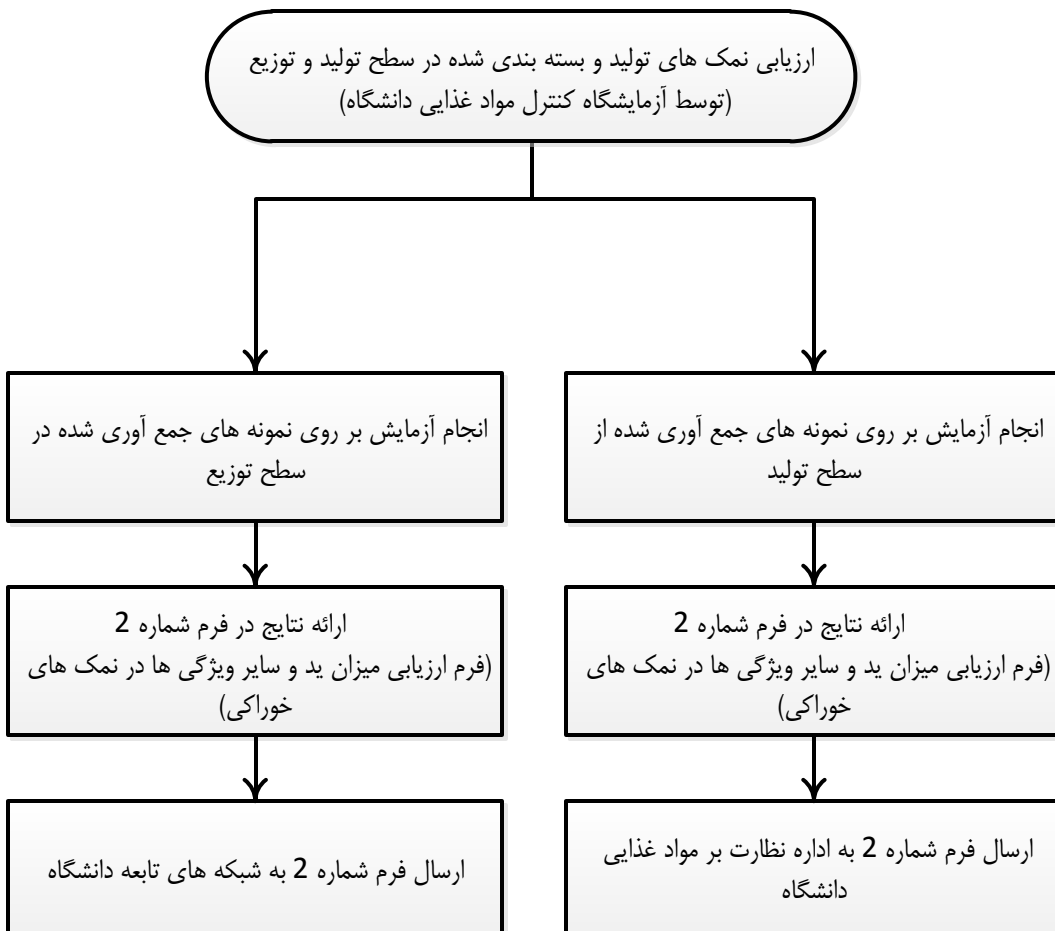
# کنترل کیفیت نمک های خوراکی توسط مسئول فنی واحدهای تولیدکننده و بسته بندی نمک خوراکی



## انتظارات نظارتی در سطح تولید

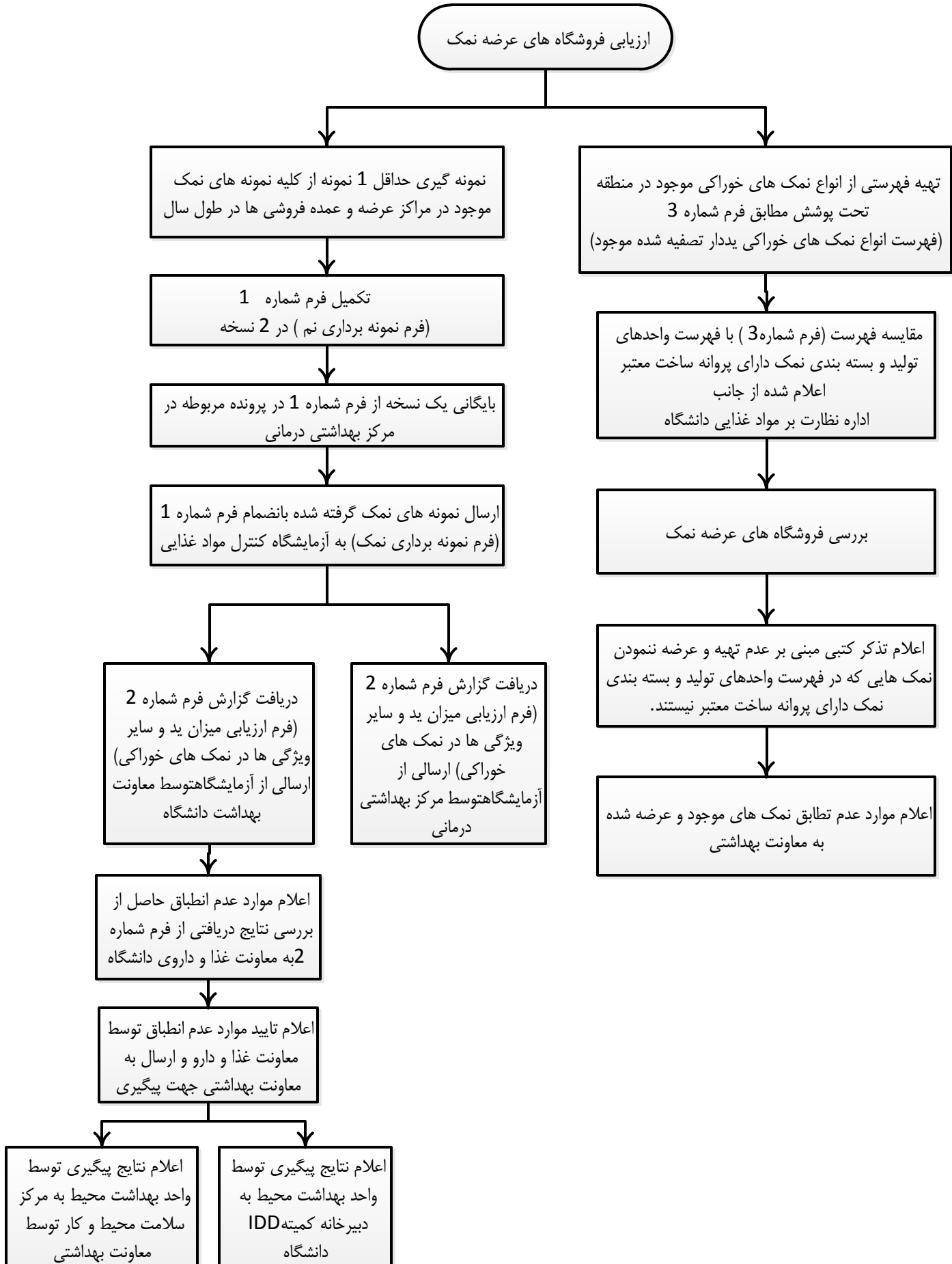


## انتظارات از آزمایشگاه کنترل مواد غذایی دانشگاه





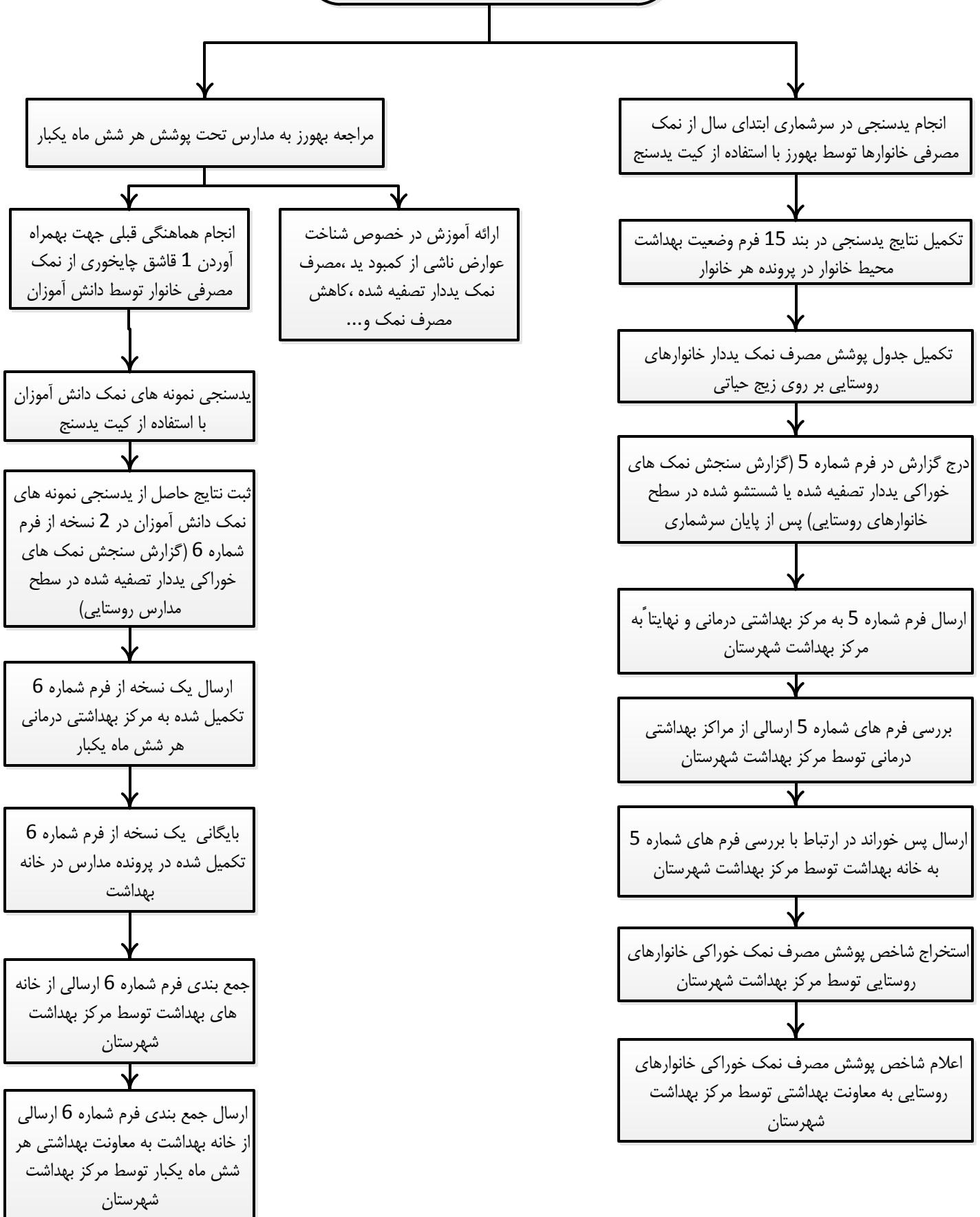
## انتظارات نظارتی در سطح توزیع



## فرآیند پایش در سطح مصرف



ارزیابی درصد پوشش مصرف یددار تصفیه شده در خانوارهای روستایی



## مدل کلی برنامه

طراحی چگونگی روند اجرای برنامه آهن یاری در کمیته های  
استانی و شهرستانی آموزش و پرورش

تدوین، چاپ و تحویل وسایل کمک  
آموزشی پیشگیری و کنترل کمبود ریز  
مغذیهها و اصول تغذیه صحیح

برگزاری کارگاه های آموزشی - توجیهی  
جهت مدیران و معلمان مدارس

برآورد تعداد مکمل های برنامه آهن یاری  
مدارس بر اساس آمار تعداد دانش آموزان  
دختر تمامی دبیرستانها و ۱۰٪ از راهنمایی  
ها

تهیه و تامین مکمل های مورد نیاز و ارسال  
به شبکه های بهداشت و درمان تابعه

توزیع مکمل ها به آموزش و پرورش

برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی جهت اولیاء  
دانش آموزان در خصوص اهمیت پیشگیری از کم  
خونی فقر آهن و تغذیه در دوران نوجوانی

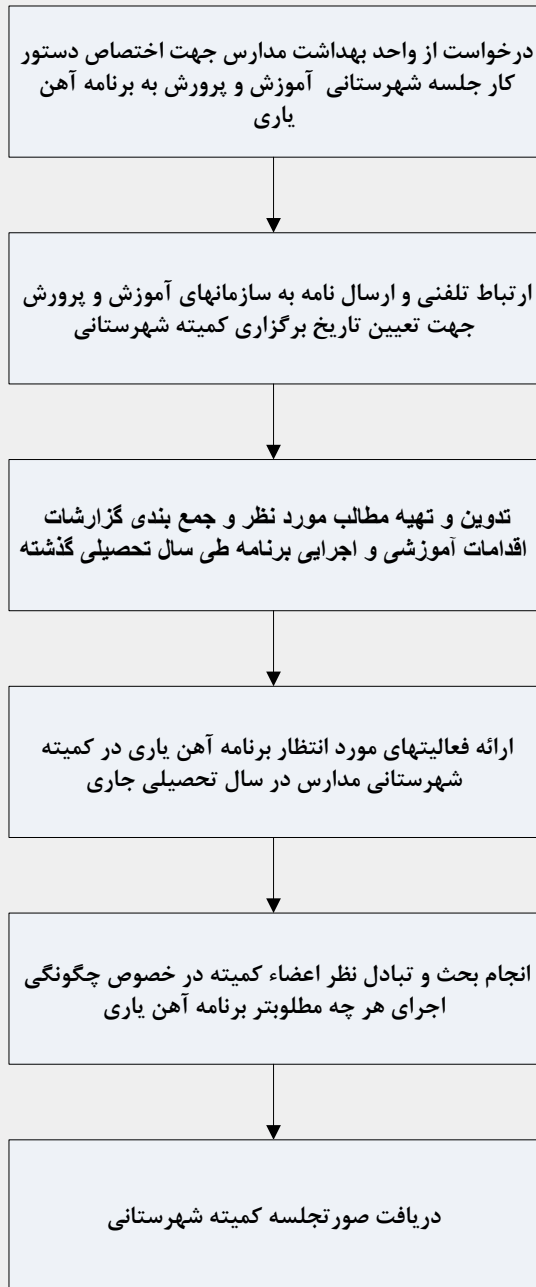
برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی جهت  
دانش آموزان در خصوص برنامه های تغذیه ای

ارائه مکمل ها به دانش آموزان مدارس

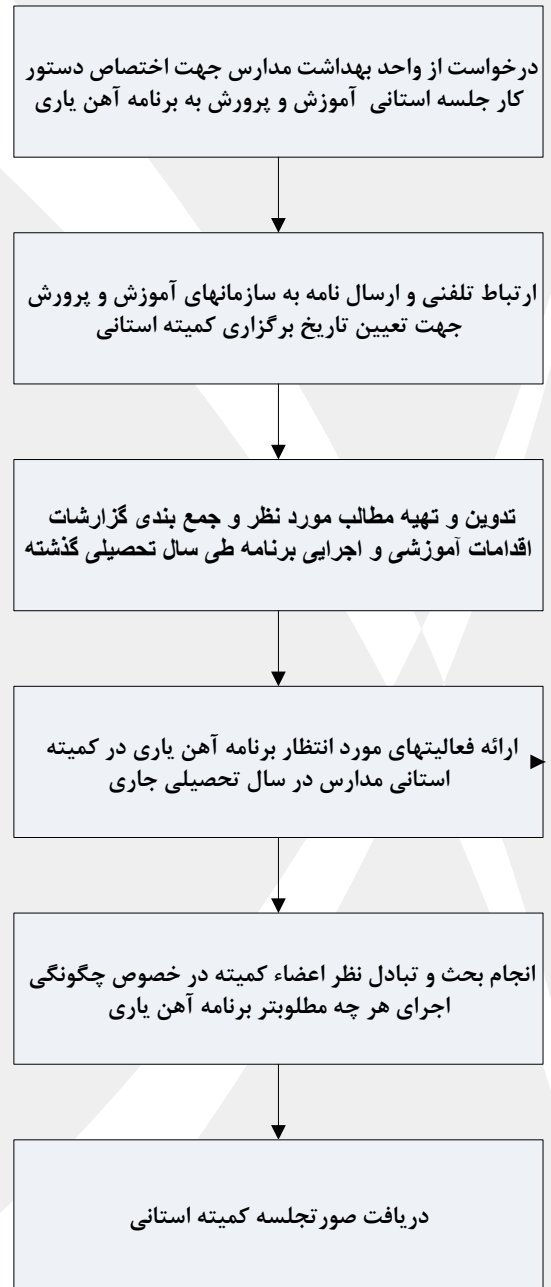


۱- طراحی چگونگی روند اجرای برنامه آهن یاری در کمیته های استانی و شهرستانی آموزش و پرورش

مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان



مدل اجرایی در معاونت بهداشتی

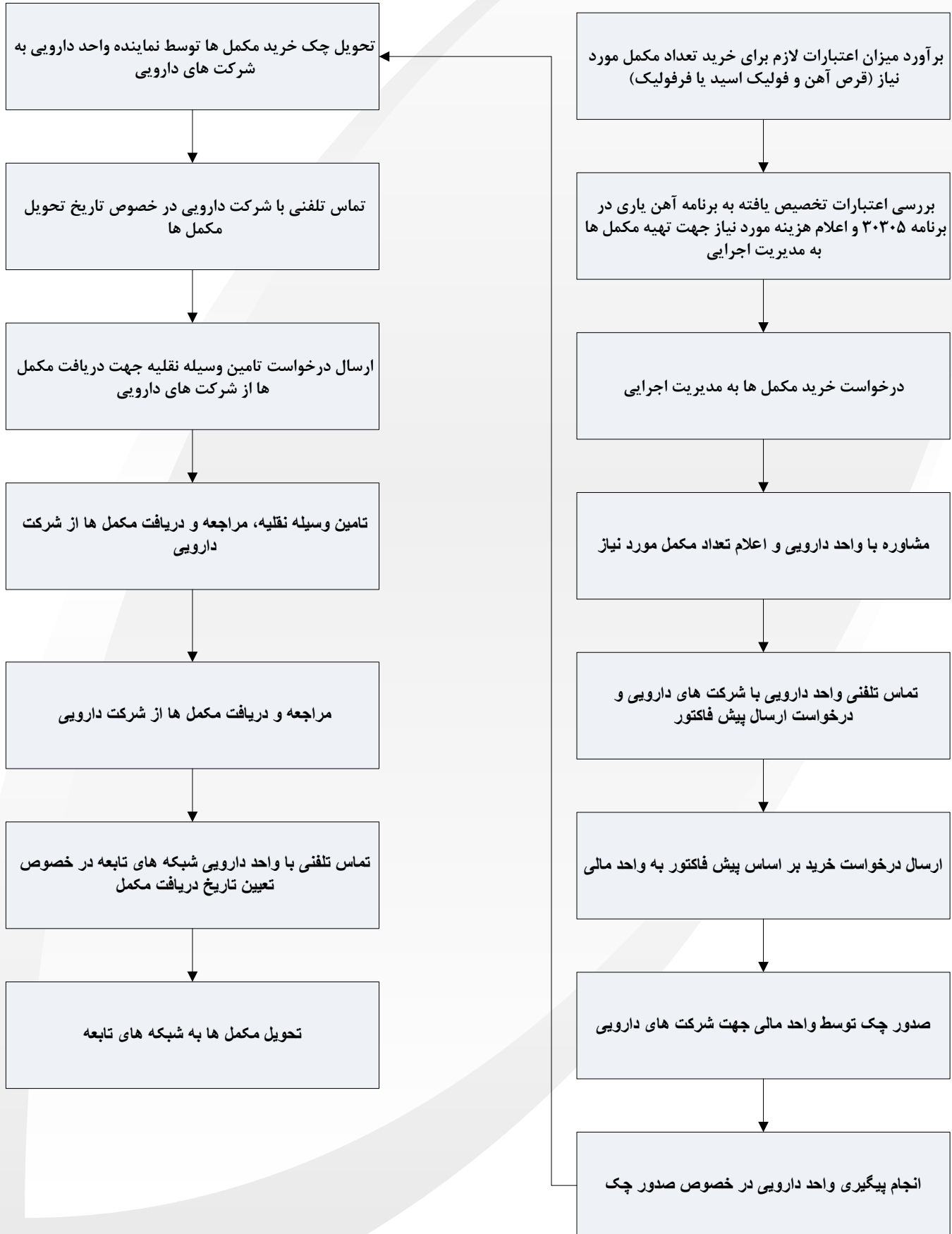


### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



۳- تهیه و تامین مکمل های مورد نیاز و ارسال به شبکه های بهداشت و درمان تابعه

### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



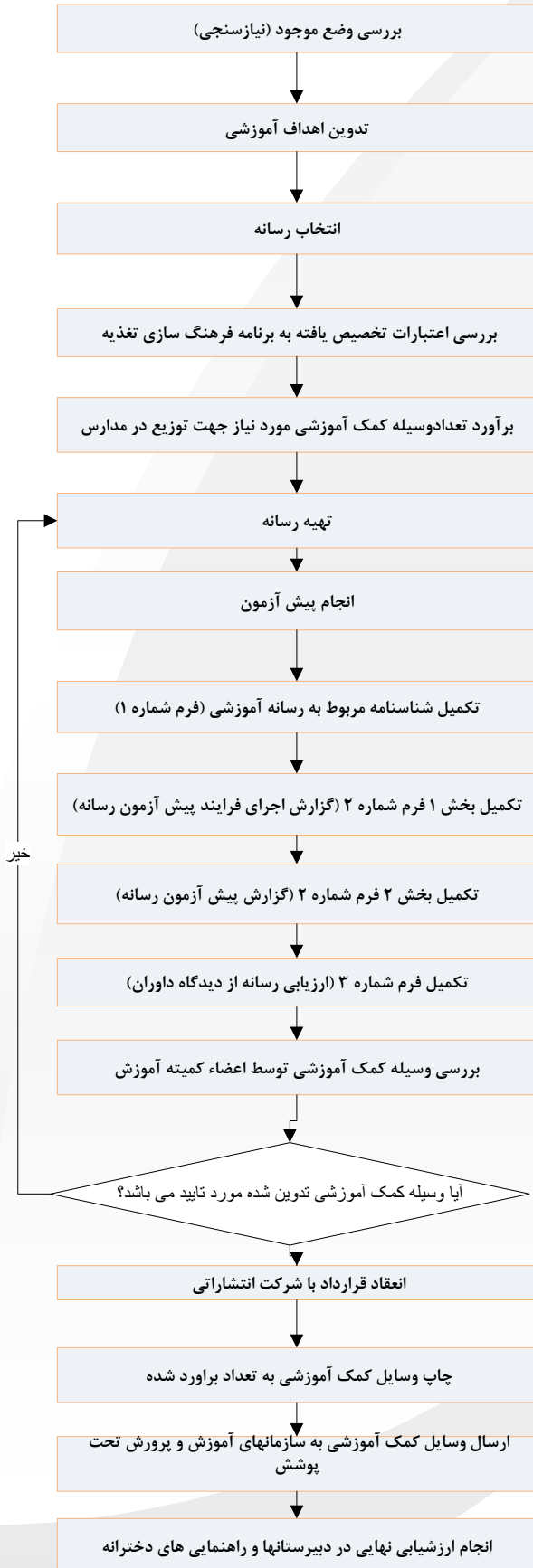
### مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان





۴- تدوین، چاپ و تحویل وسایل کمک آموزشی پیشگیری و کنترل کمبود ریز مغذیها و اصول تغذیه صحیح

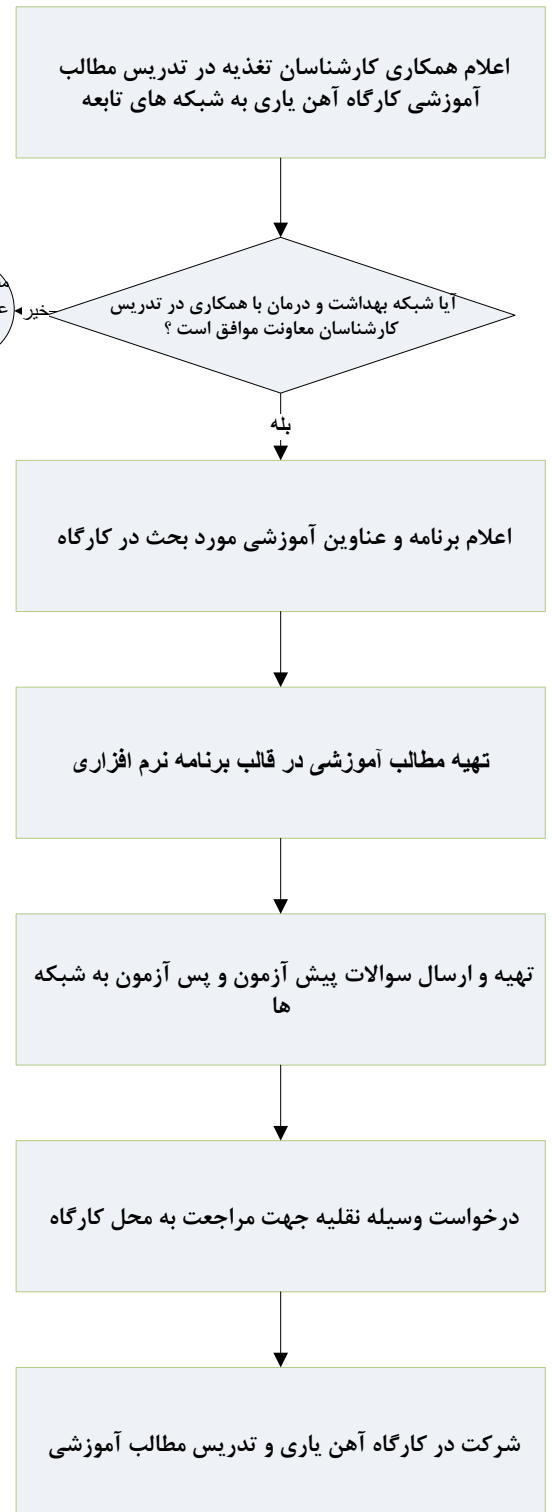
مدل اجرایی در معاونت بهداشتی شبکه بهداشت و درمان



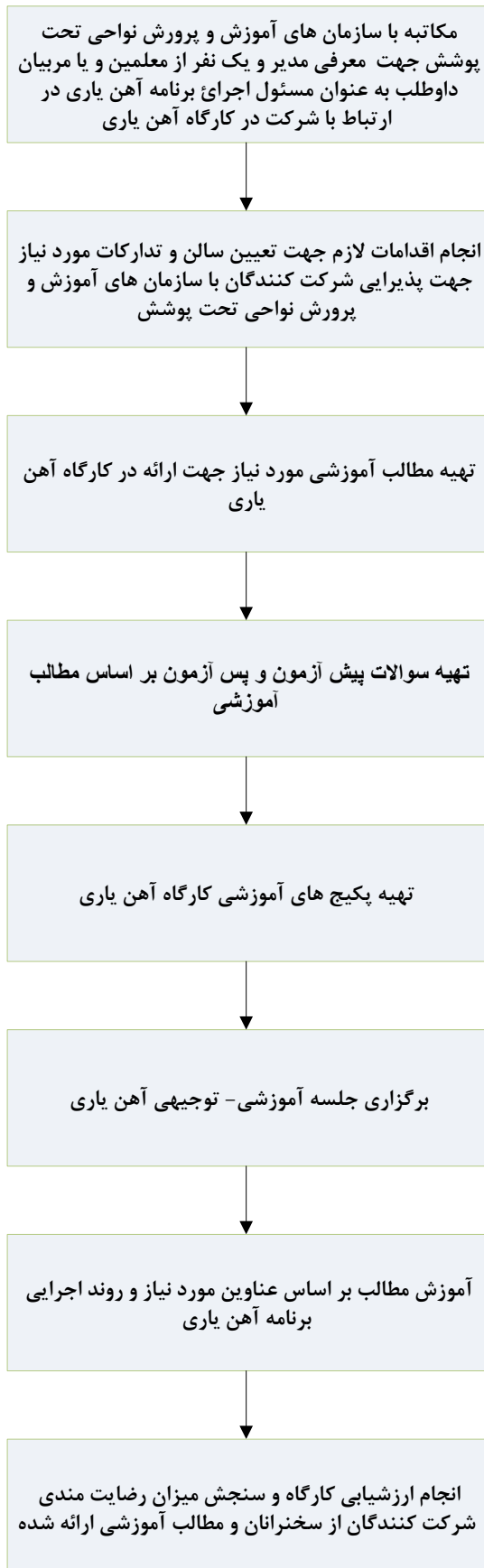
مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



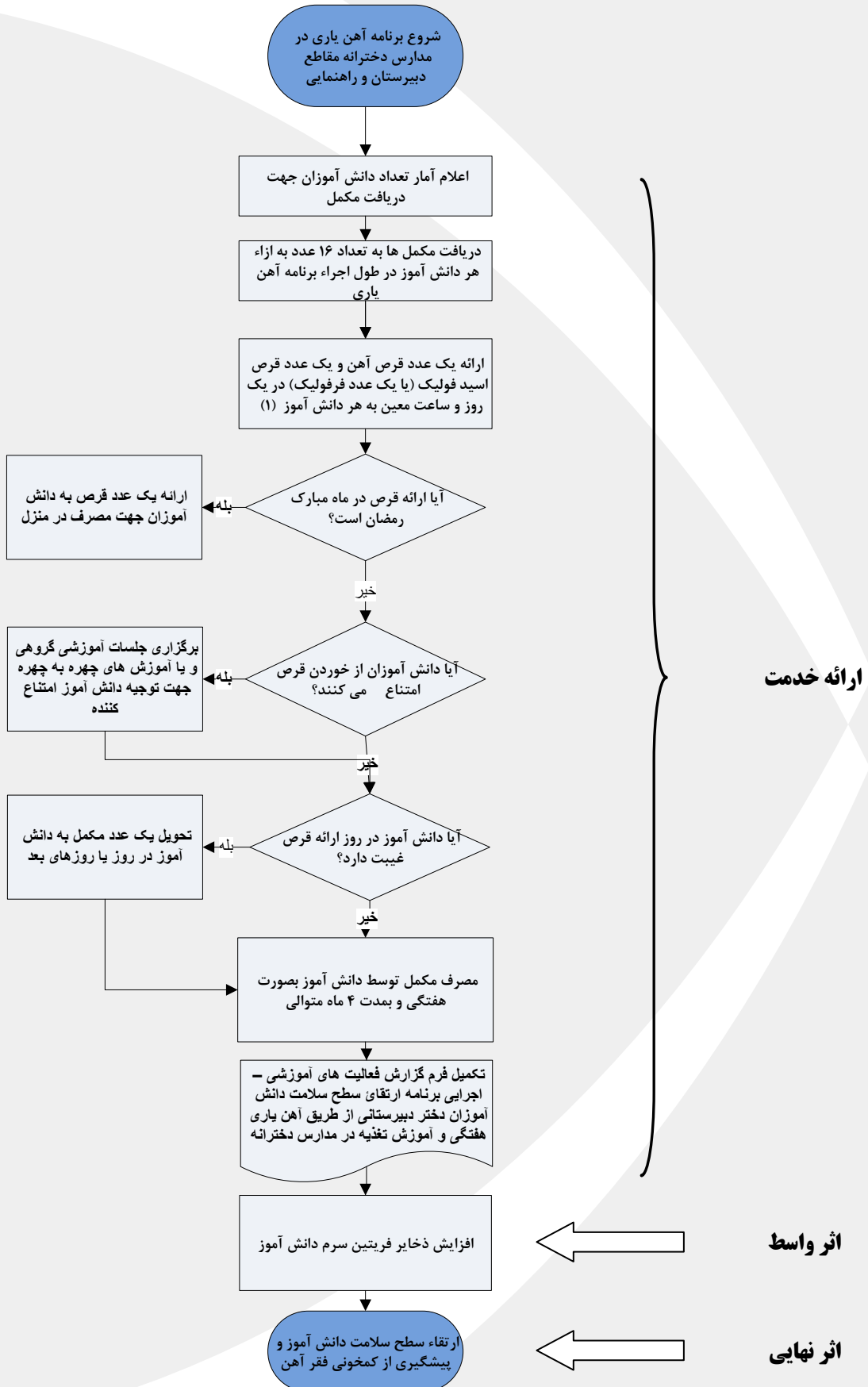
### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



### مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان



### مدل اجرایی در مدارس

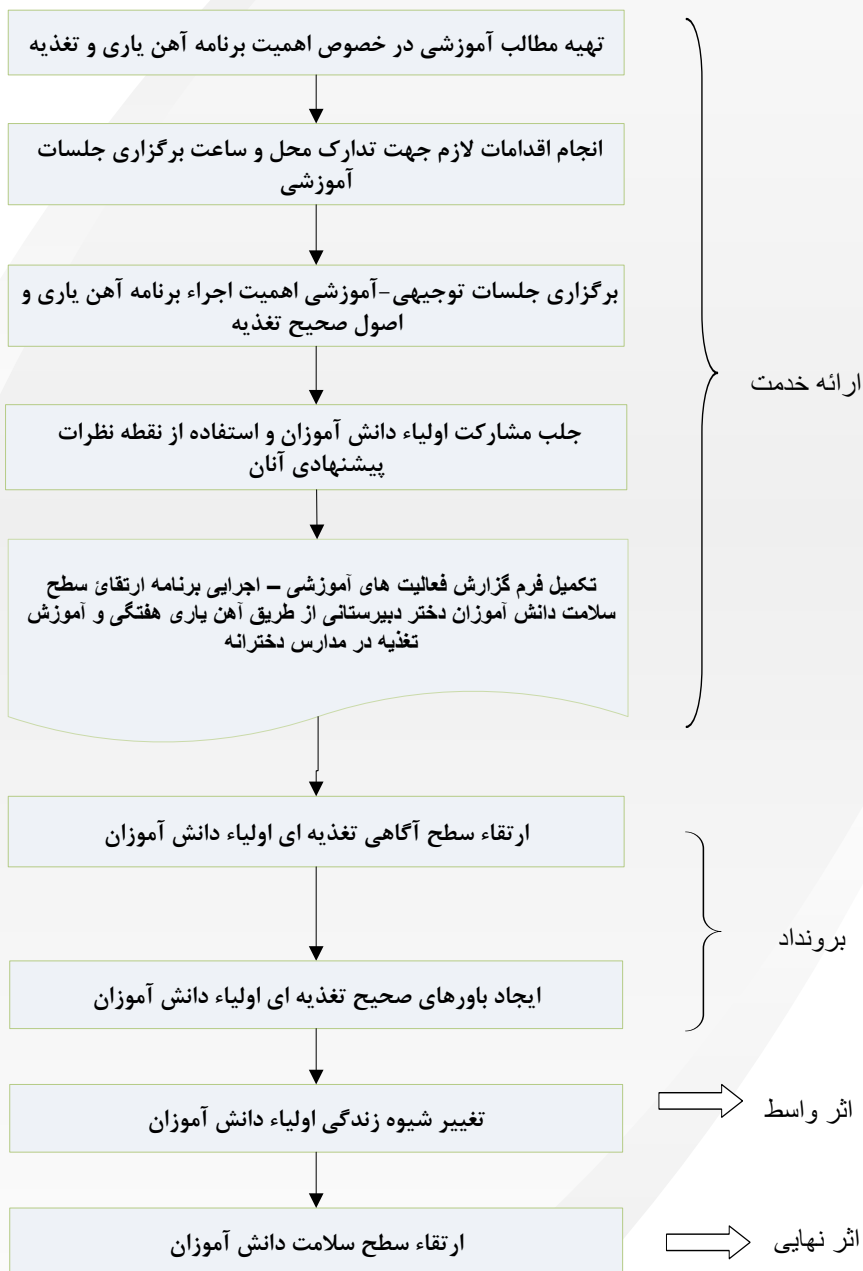


### مدل اجرایی در مدارس



۸- برگزاری جلسات آموزشی-توجیهی جهت اولیاء دانش آموزان در خصوص اهمیت پیشگیری از کم خونی فقر آهن و تغذیه در دوران نوجوانی

شروع برنامه آهن یاری در مدارس دخترانه  
مقاطع دبیرستان و راهنمایی



### مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان

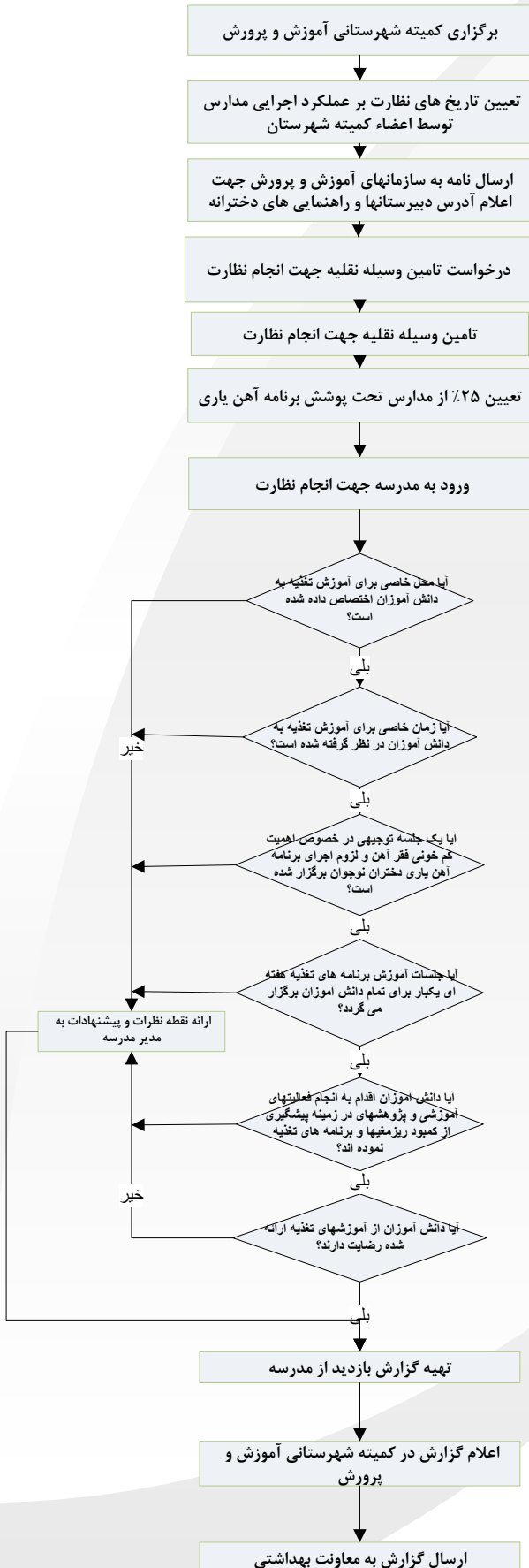


### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی

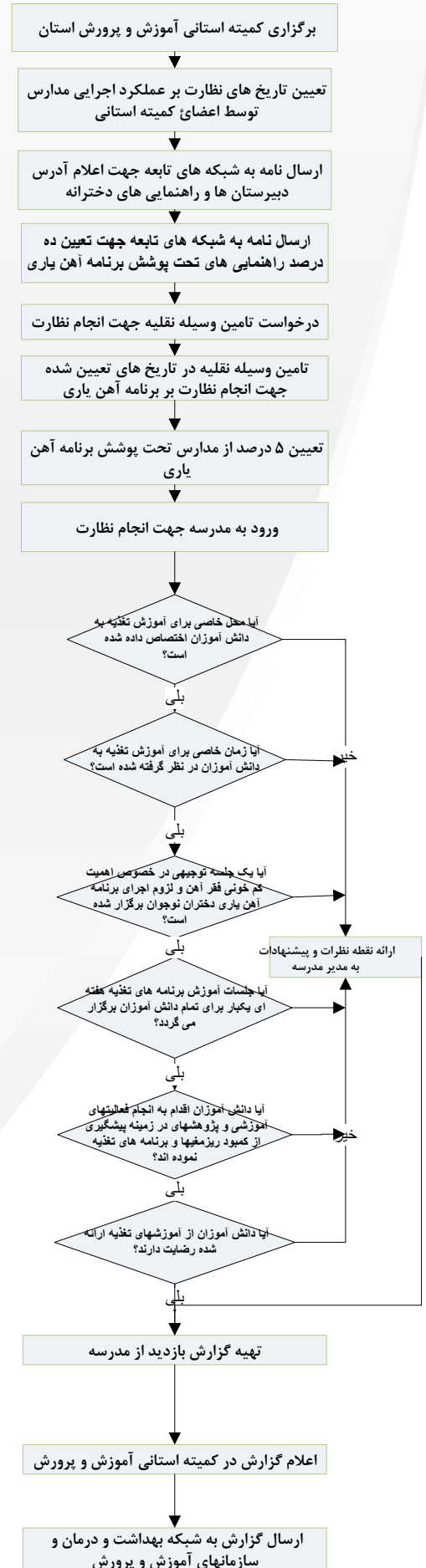


## نظارت بر جلسات آموزشی-توجیهی جهت دانش آموزان در خصوص برنامه های تغذیه ای

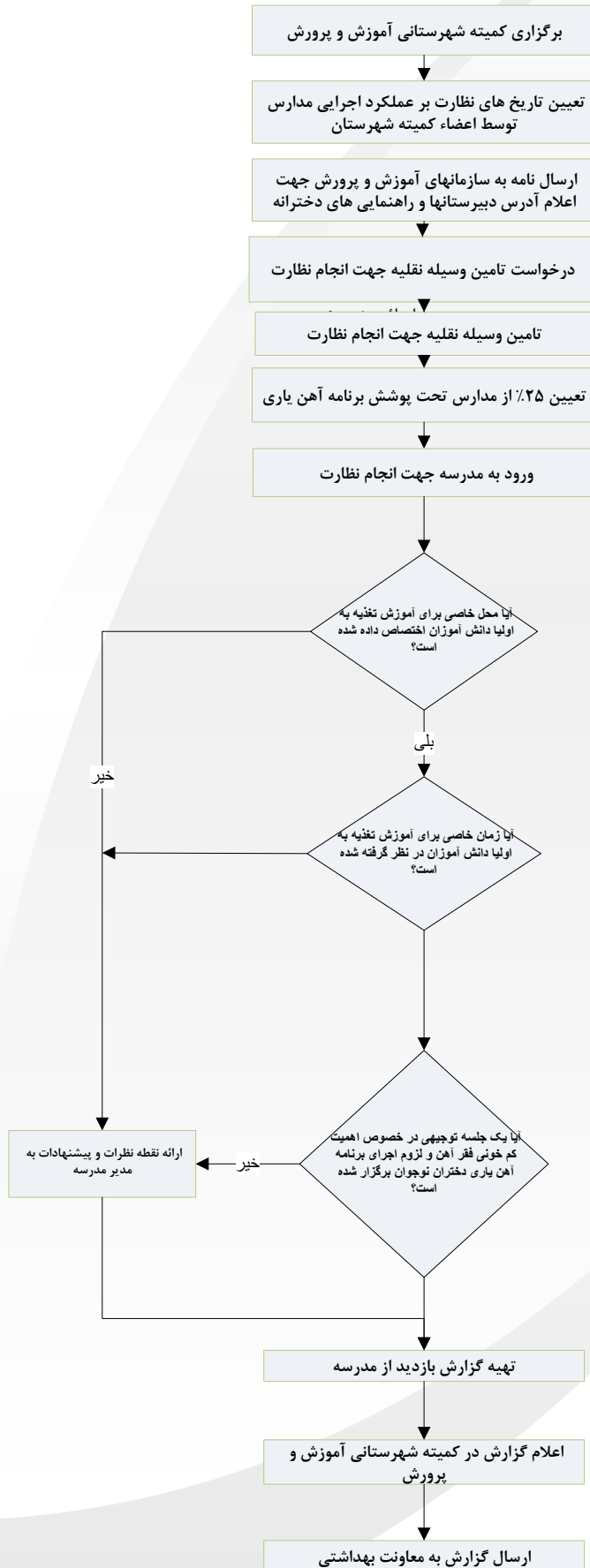
### مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان



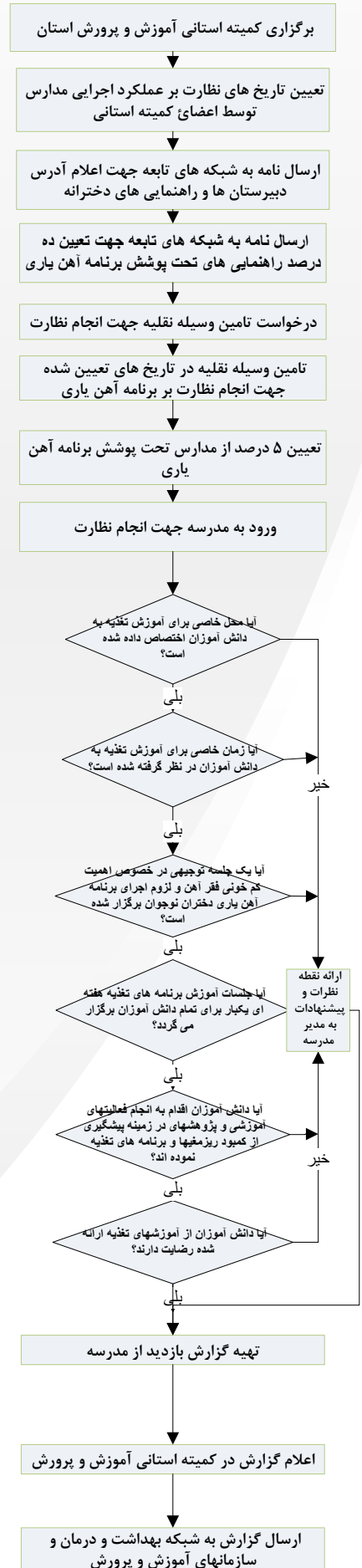
### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



### مدل اجرایی در شبکه بهداشت و درمان

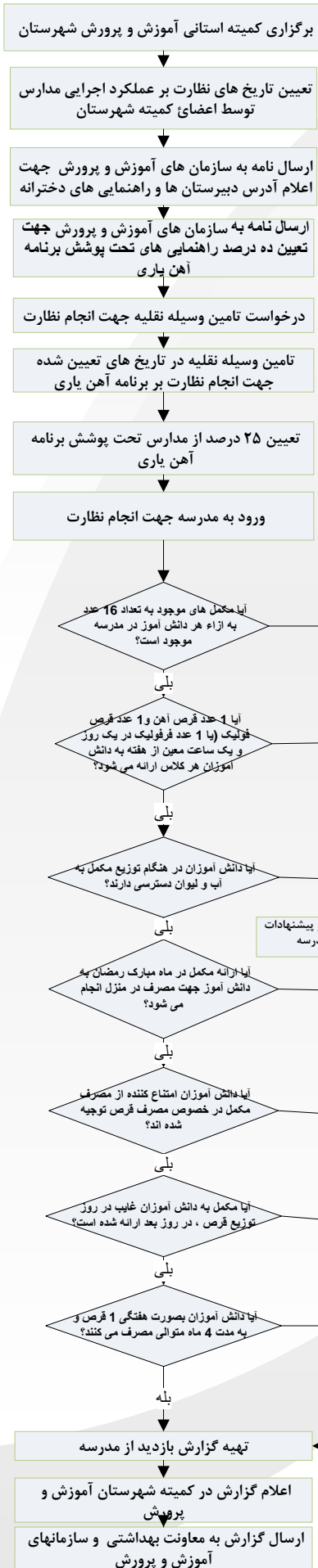


### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی

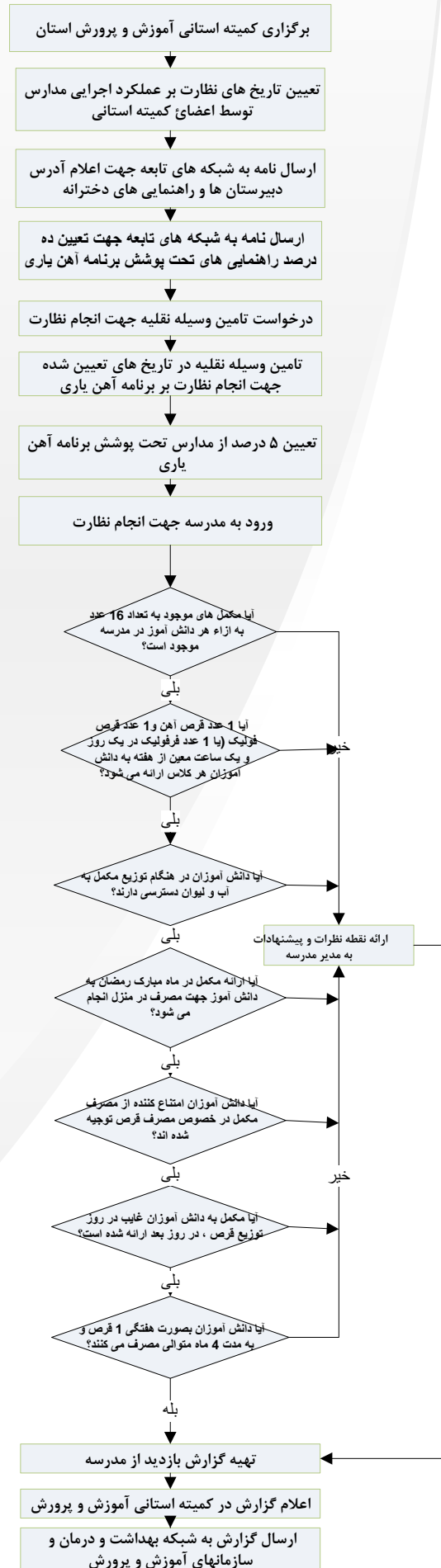




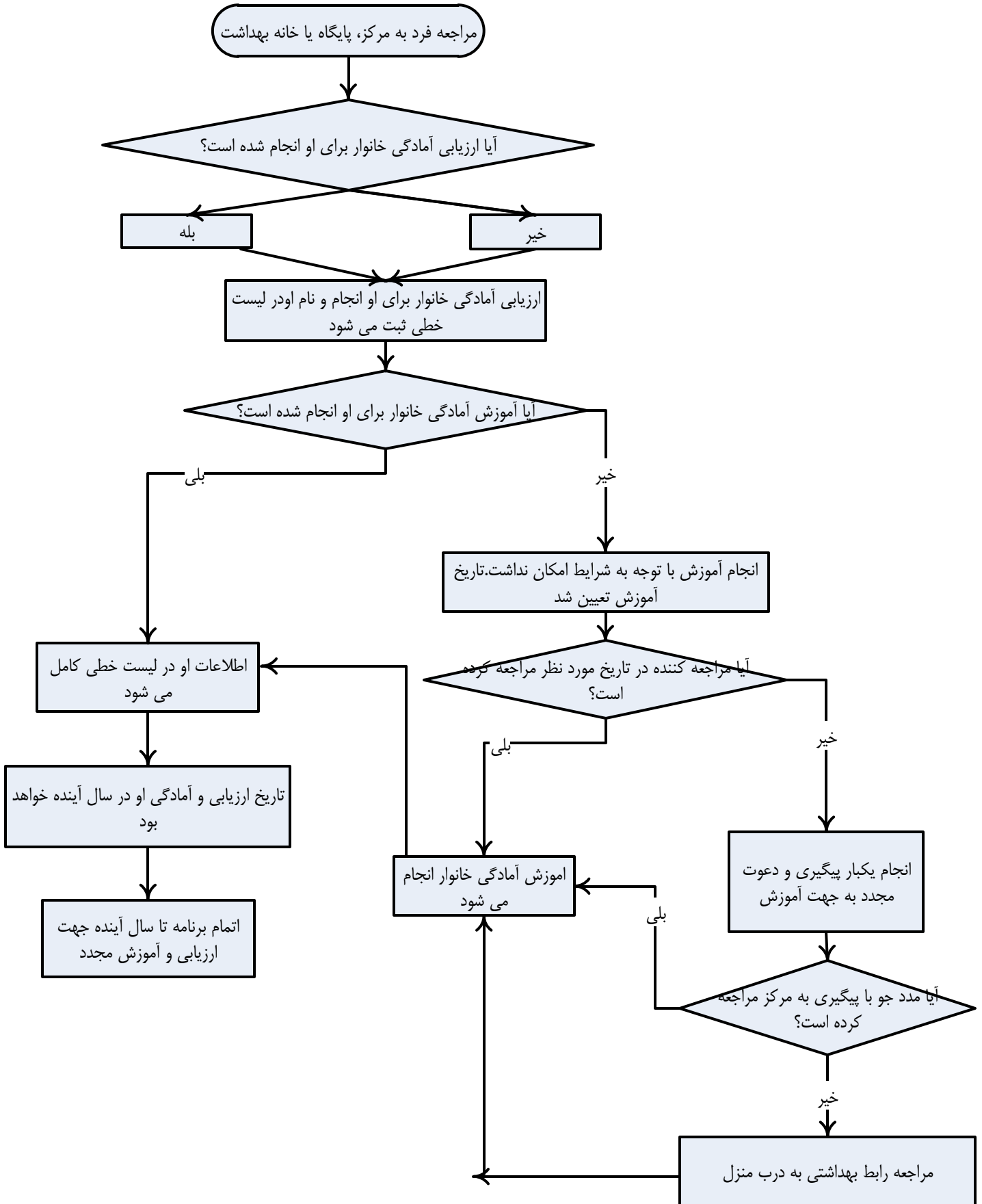
### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



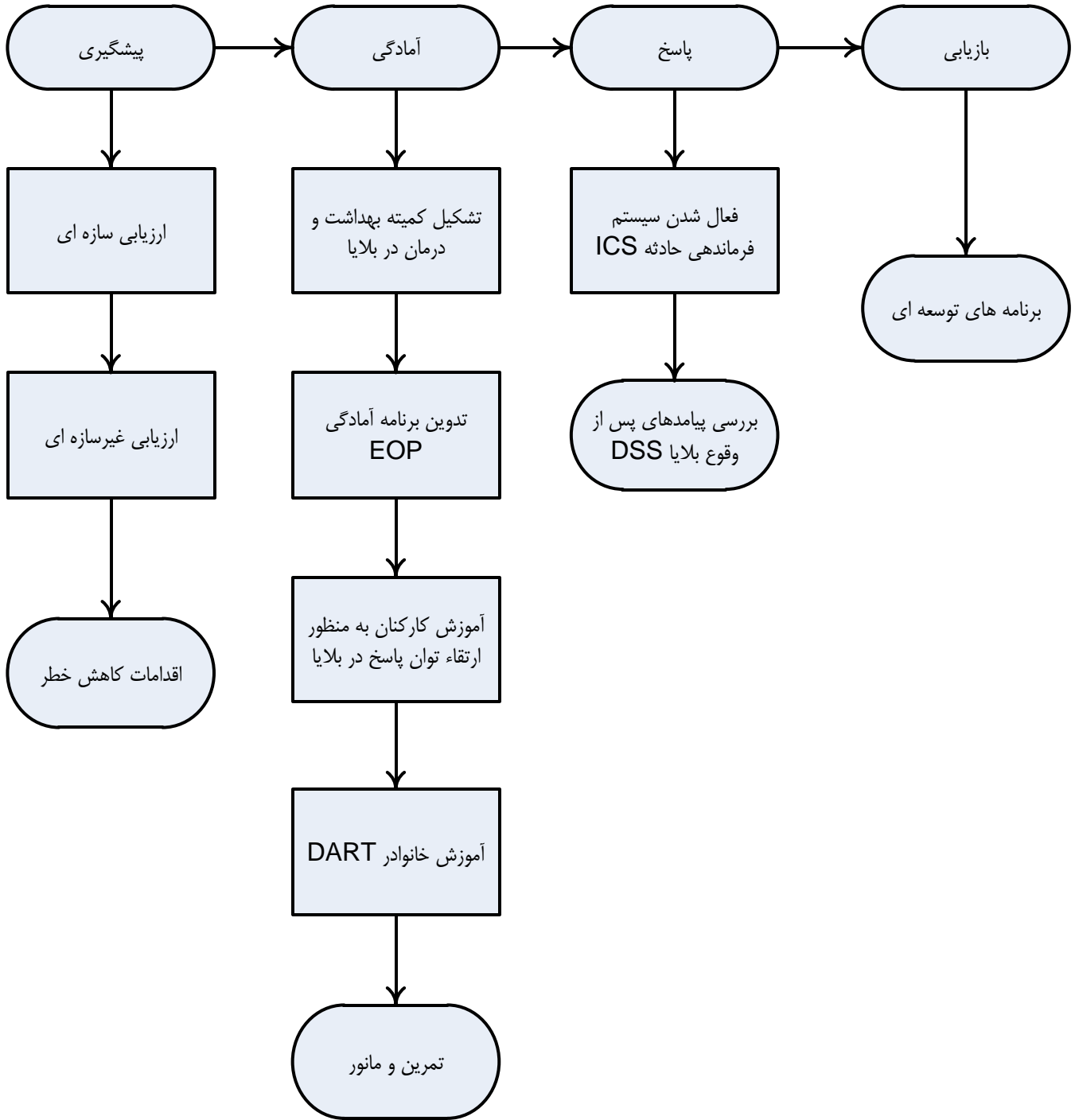
### مدل اجرایی در معاونت بهداشتی



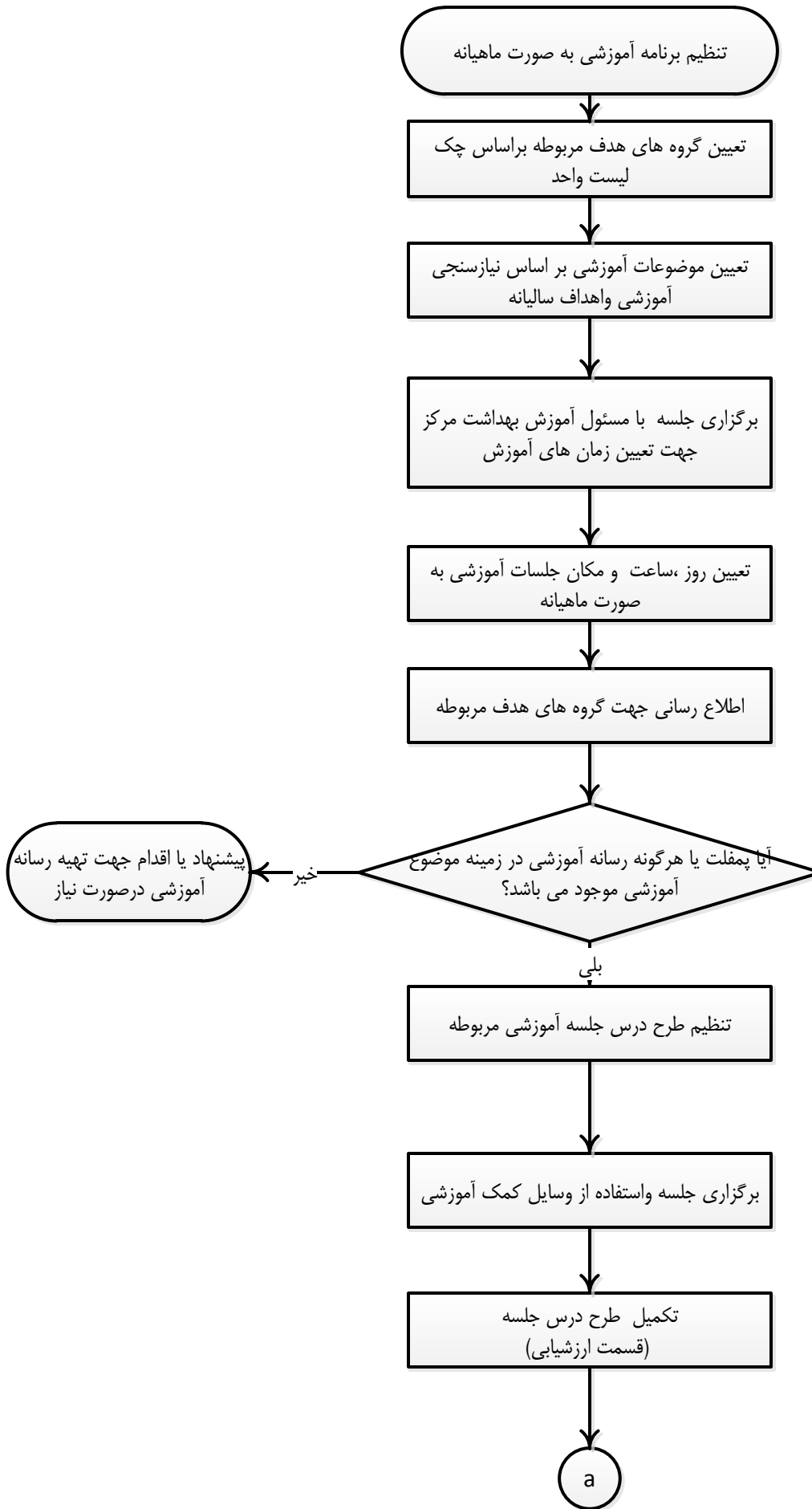
# فرآیند برنامه ارزیابی و آموزش آمادگی خانوار در بلایا



# فرآیند اجرای مدیریت بهداشت کاهش خطر بلایا



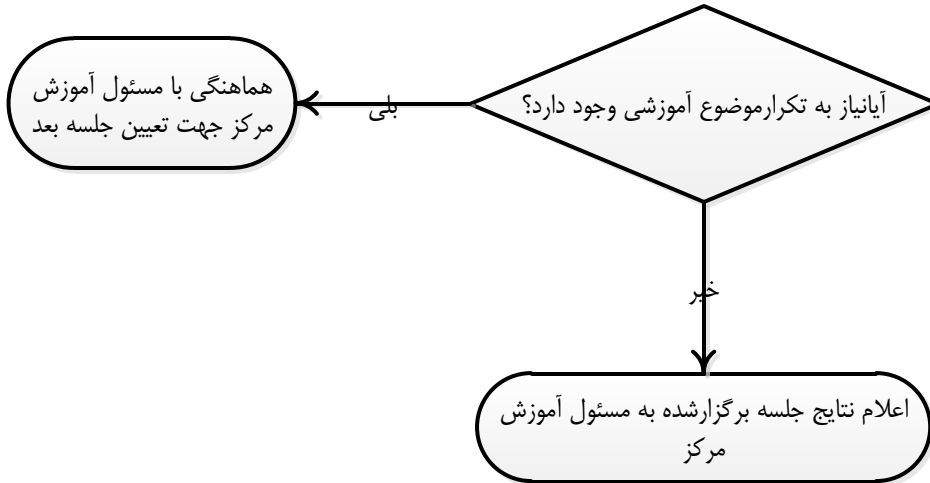
# فرآیند آموزش توسط دندانپزشک به مراجعین، رابطین، پرسنل و...



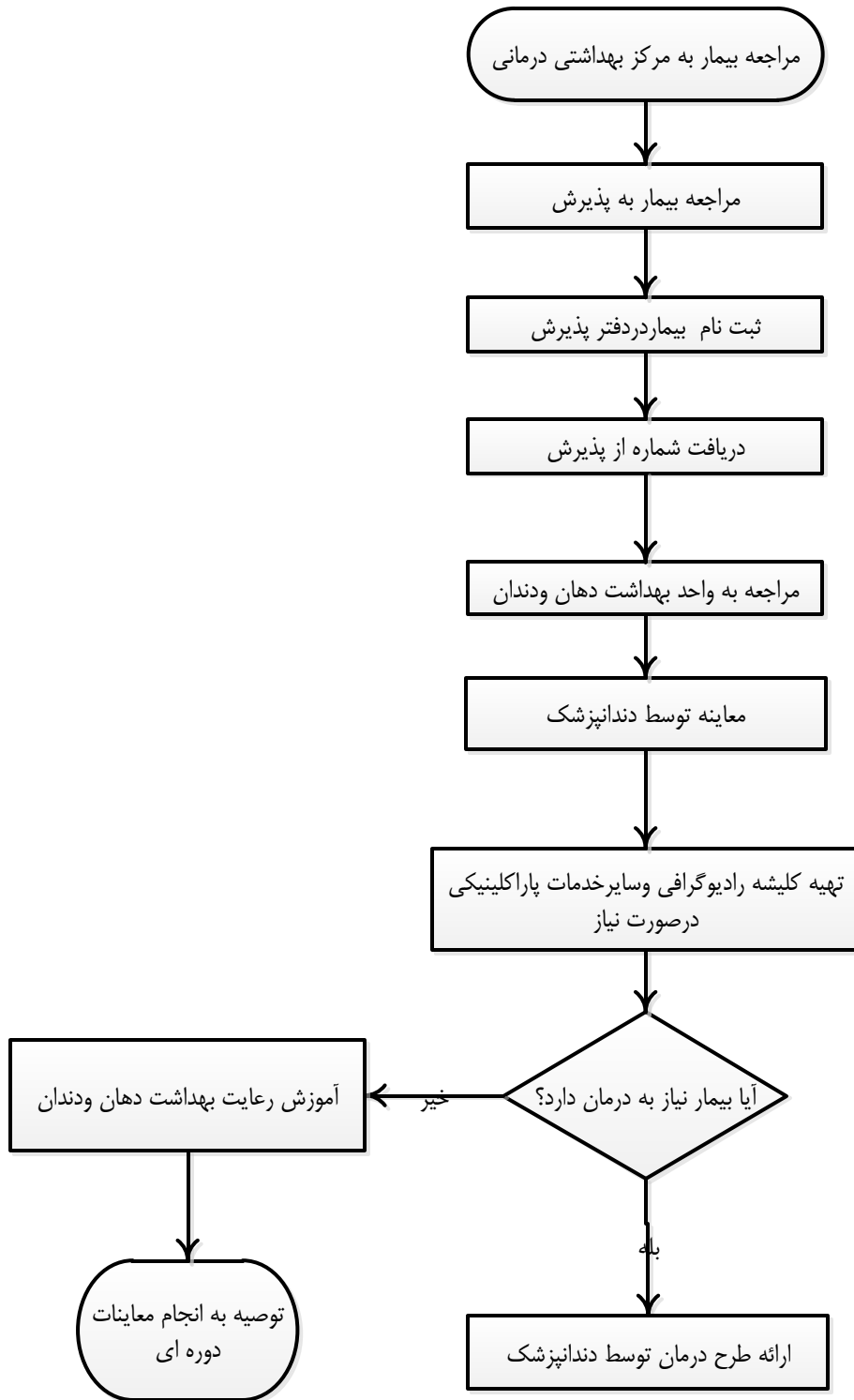
فرآیند آموزش توسط دندانپزشک به مراجعین، رابطین، پرسنل و... (ادامه)



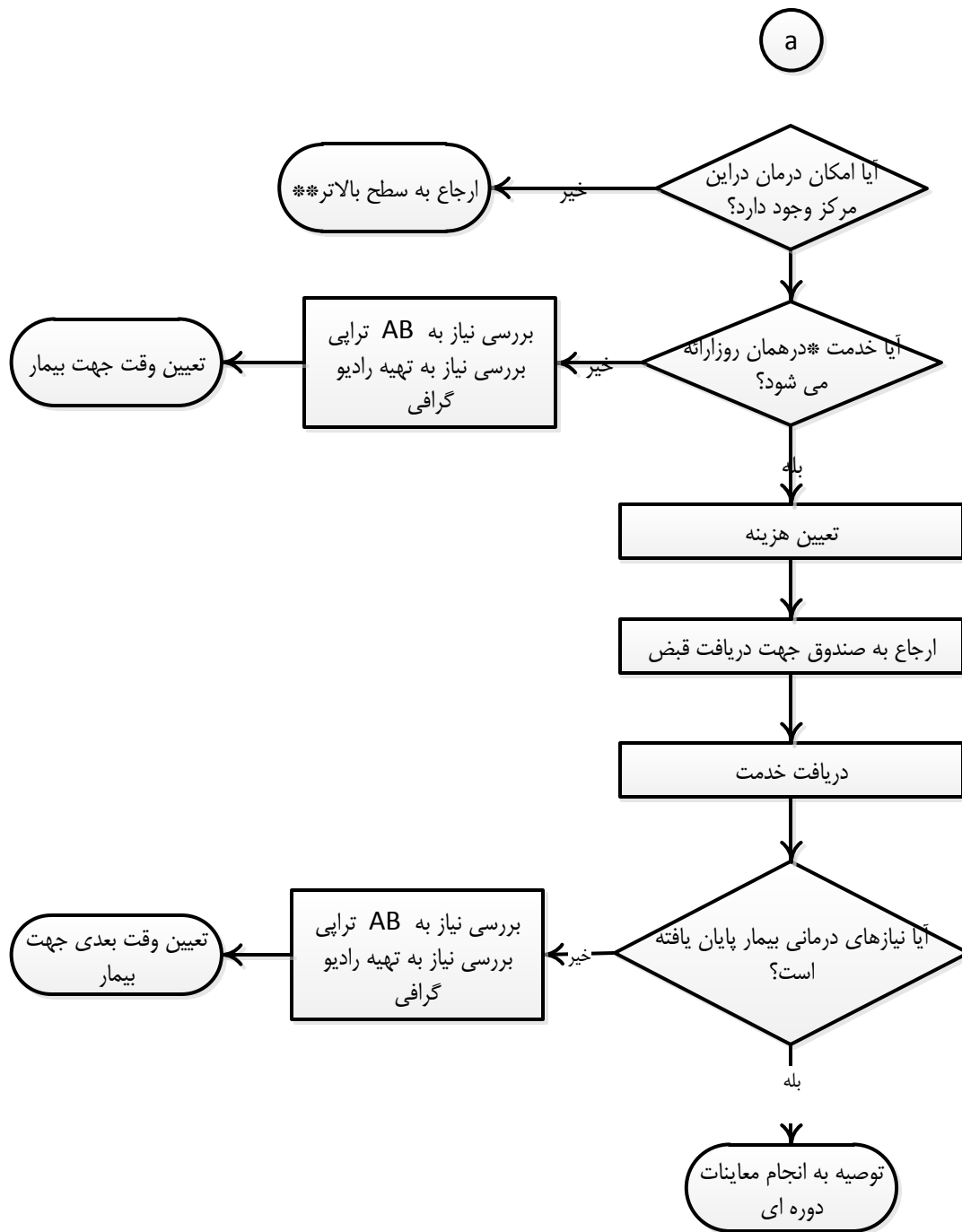
a



## فرآیند ارزیابی خدمات در واحد بهداشت دهان و دندان



## فرآیند ارائه خدمات در واحد بهداشت دهان و دندان (ادامه)



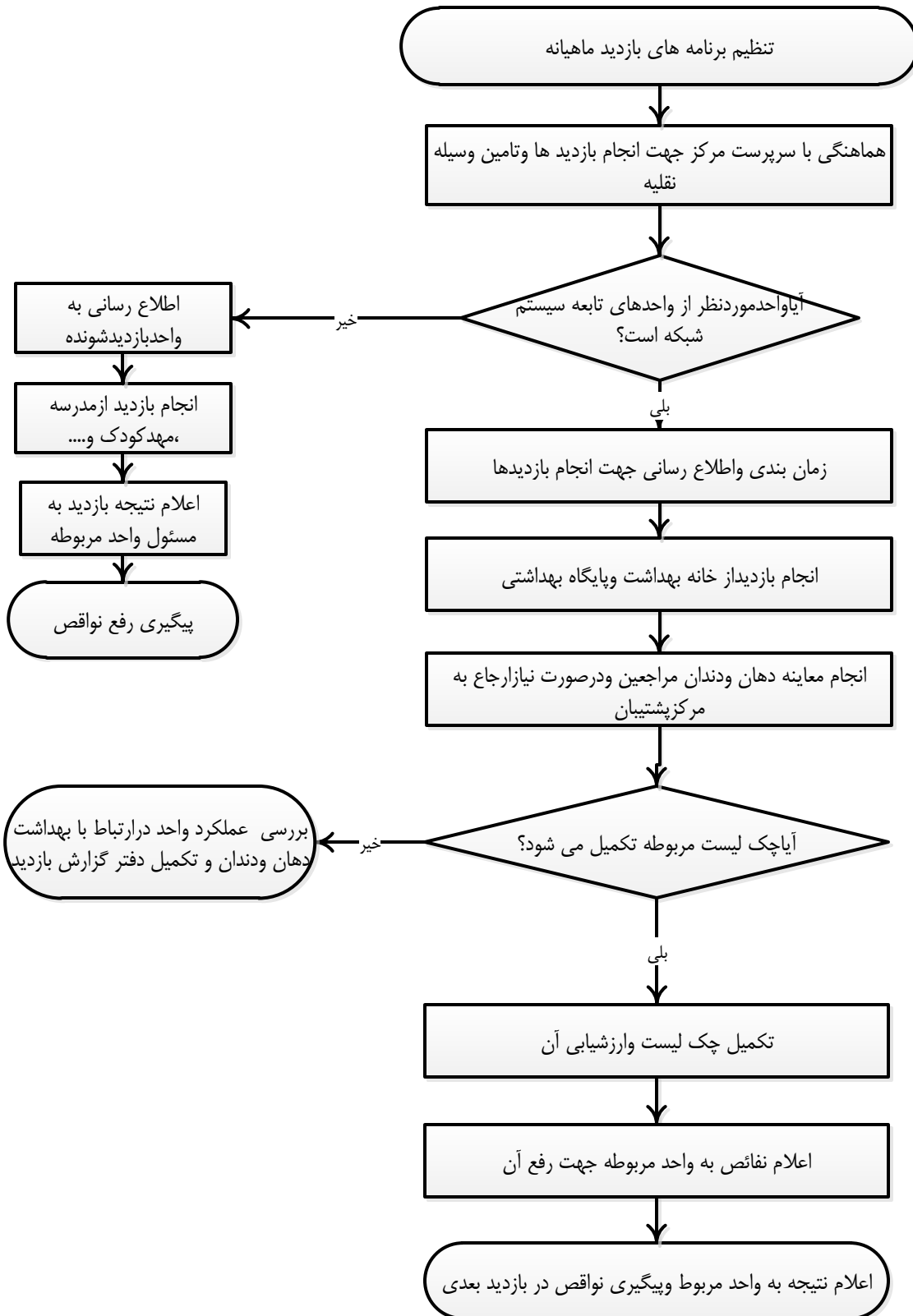
\* شامل خدمت\*

و پالپوتومی فیشور سیلانت ، (آمالگام، کامپوزیت ، GI) ترمیم، جرمگیری ، فلوراید تراپی ، دندان کشیدن

\*\* سطح بالاتر شامل بخش های تخصصی دانشکده های دندان پزشکی (مانند بخش اندو

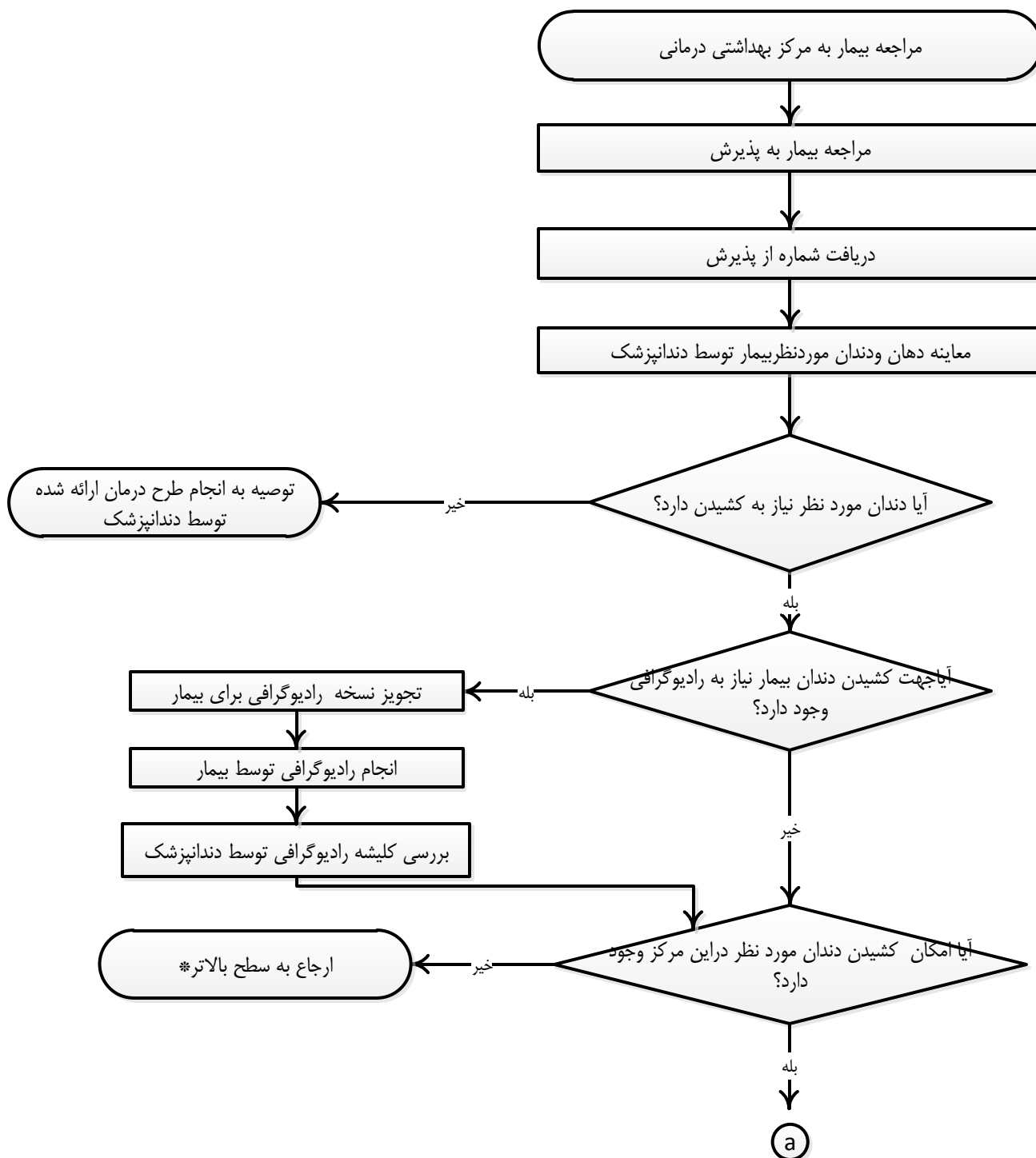
، ارتودنسی، پروتز، ..... و بیمارستان ها

# فرآیند برنامه بازدیدها توسط دندانپزشک



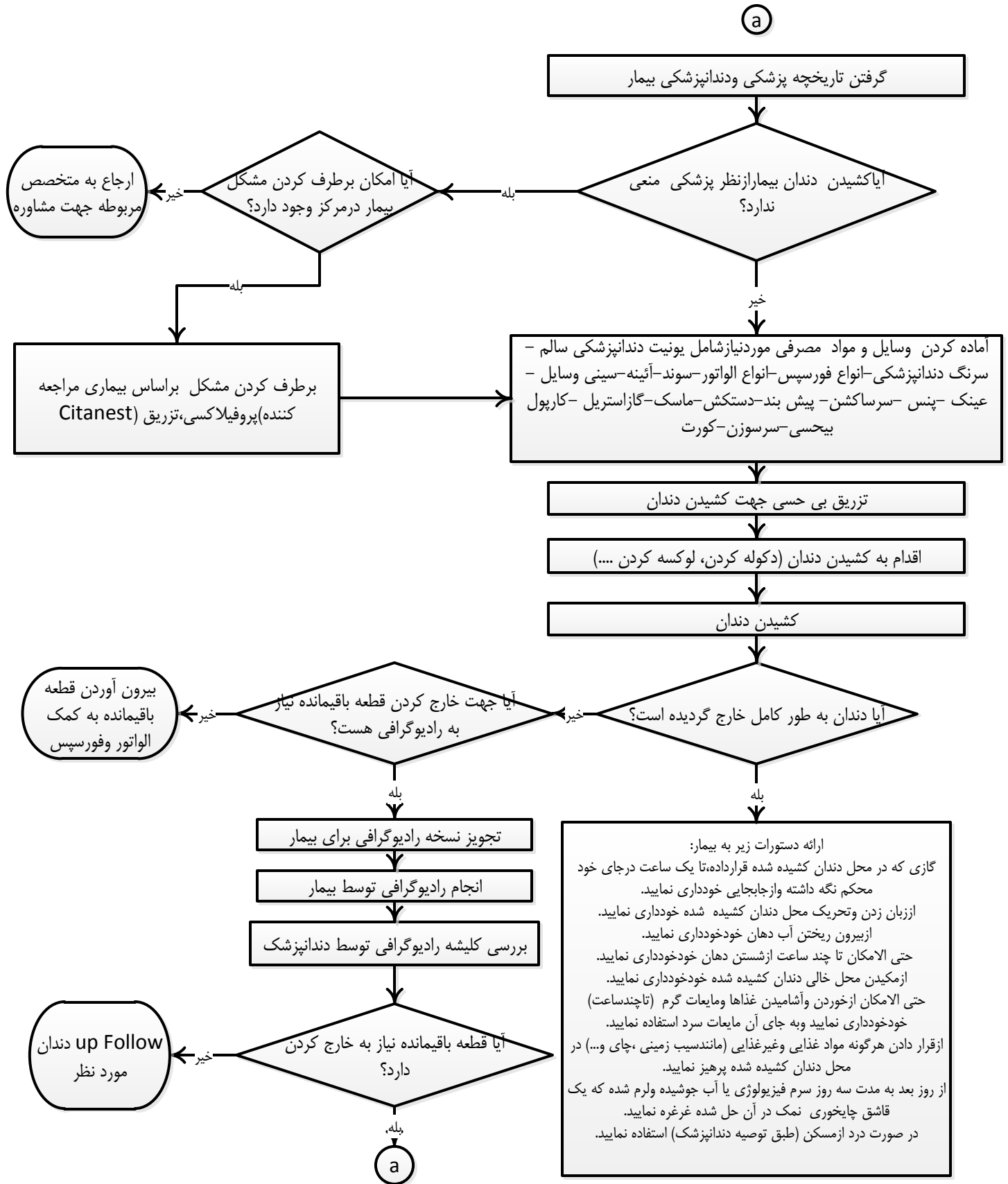


## فرآیند خدمت کشیدن دندان

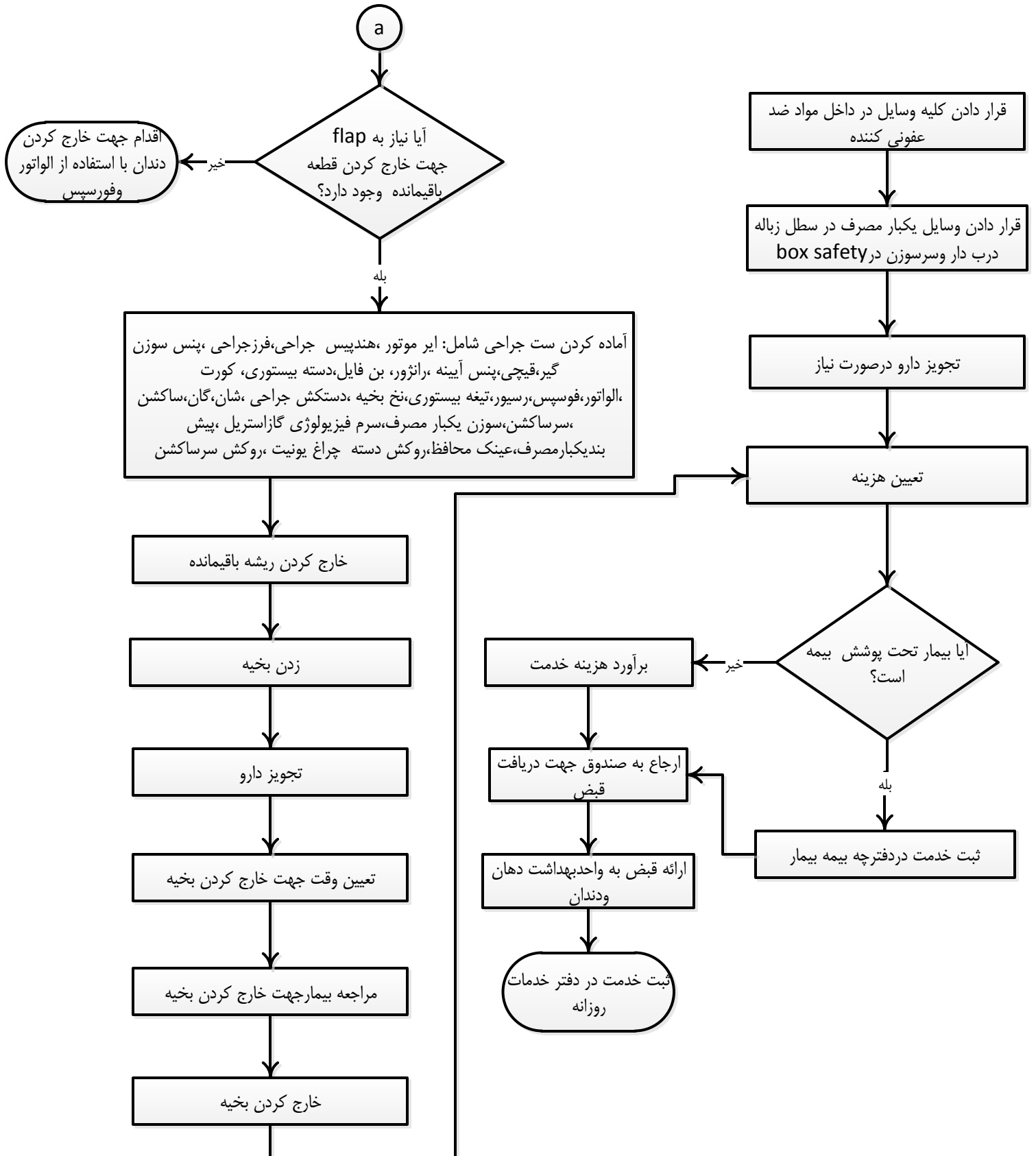


\* سطح بالاتر شامل بخش های تخصصی دانشکده های دندانپزشکی (مانند بخش اندو، جراحی فک و دهان و صورت، هاتودنسی، پروتز و...) و بیمارستان ها

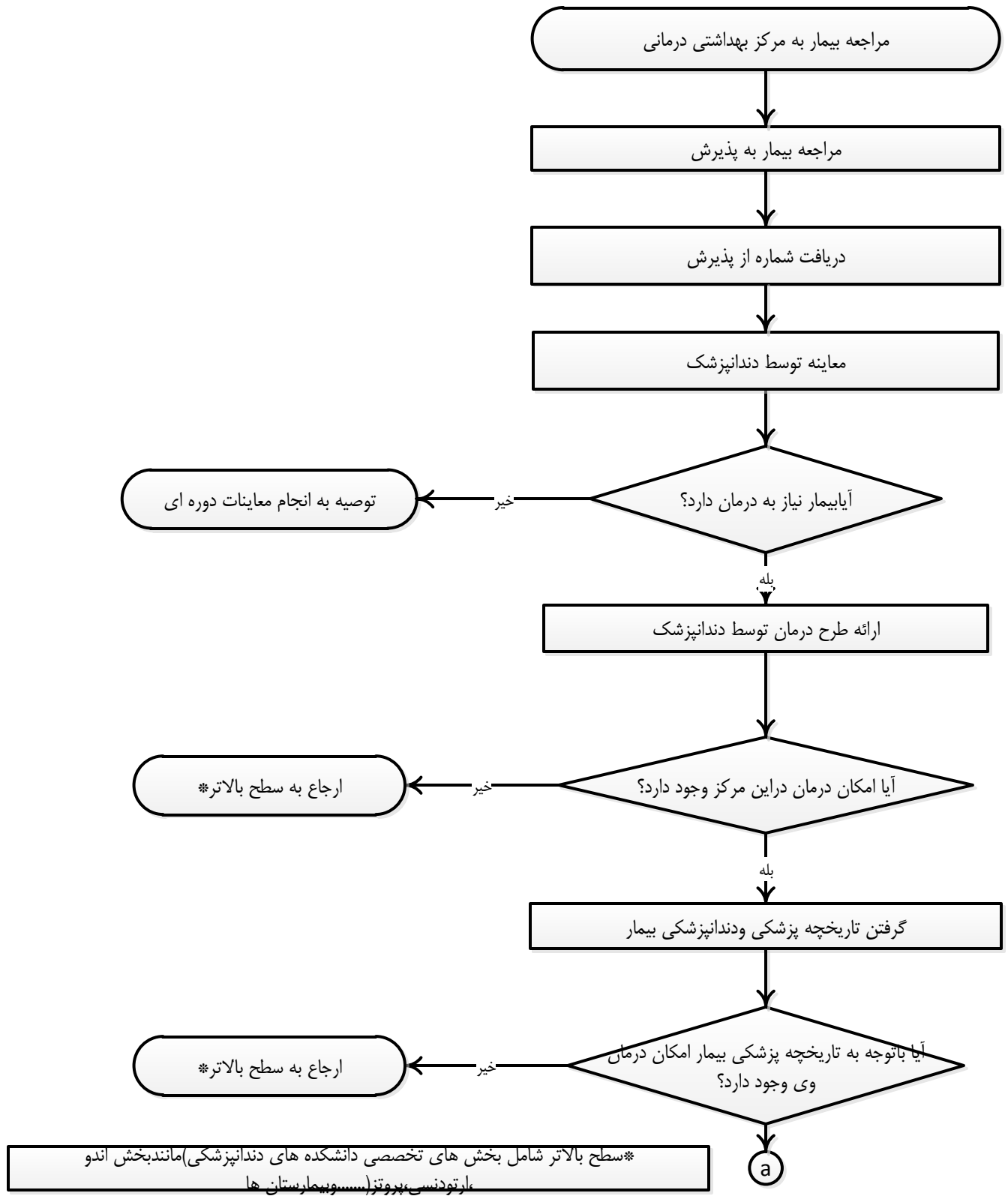
## فرآیند خدمت کشیدن دندان (ادامه)



## فرآیند خدمت کشیدن دندان (ادامه)

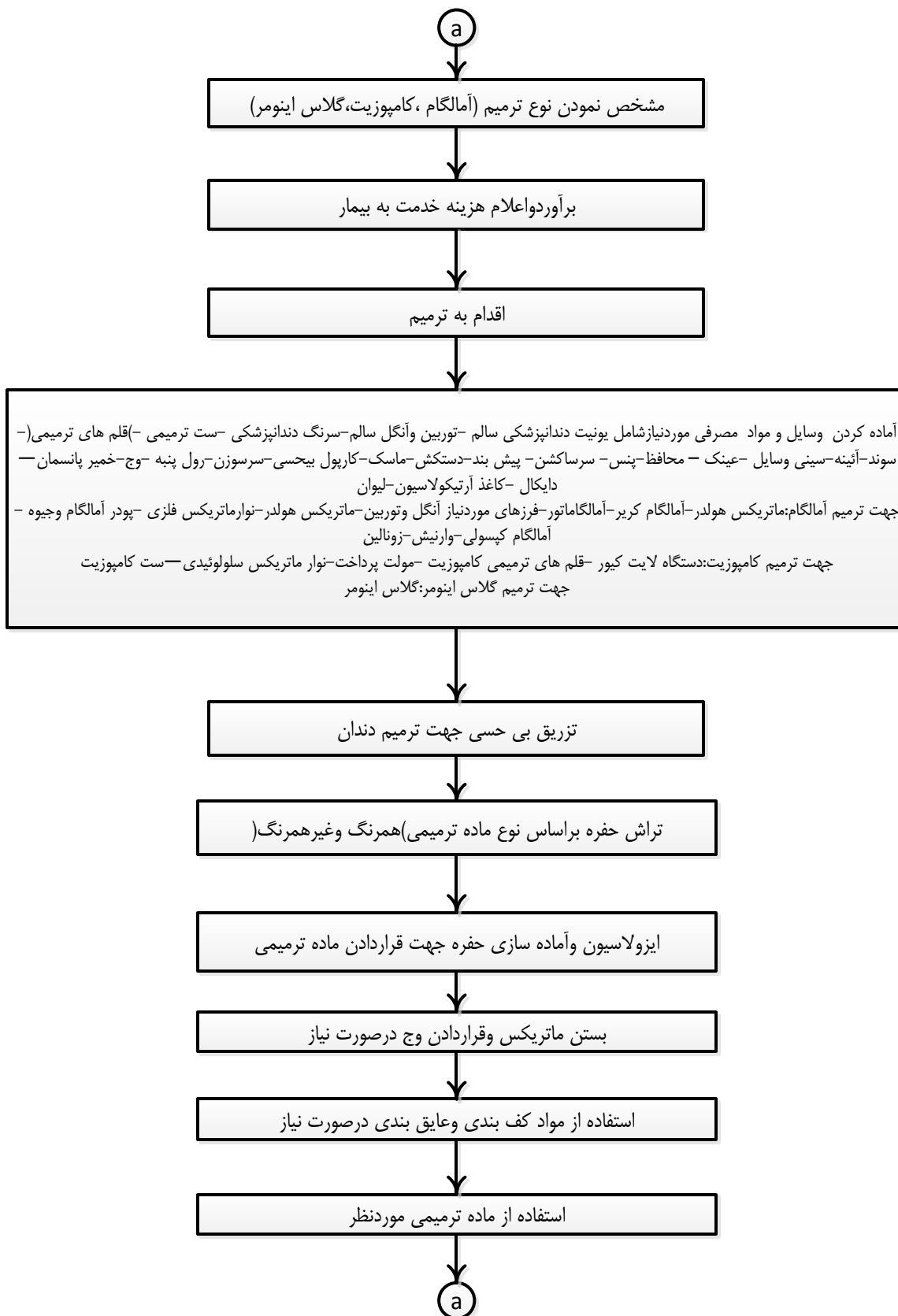


## فرآیند خدمت ترمیم دندان

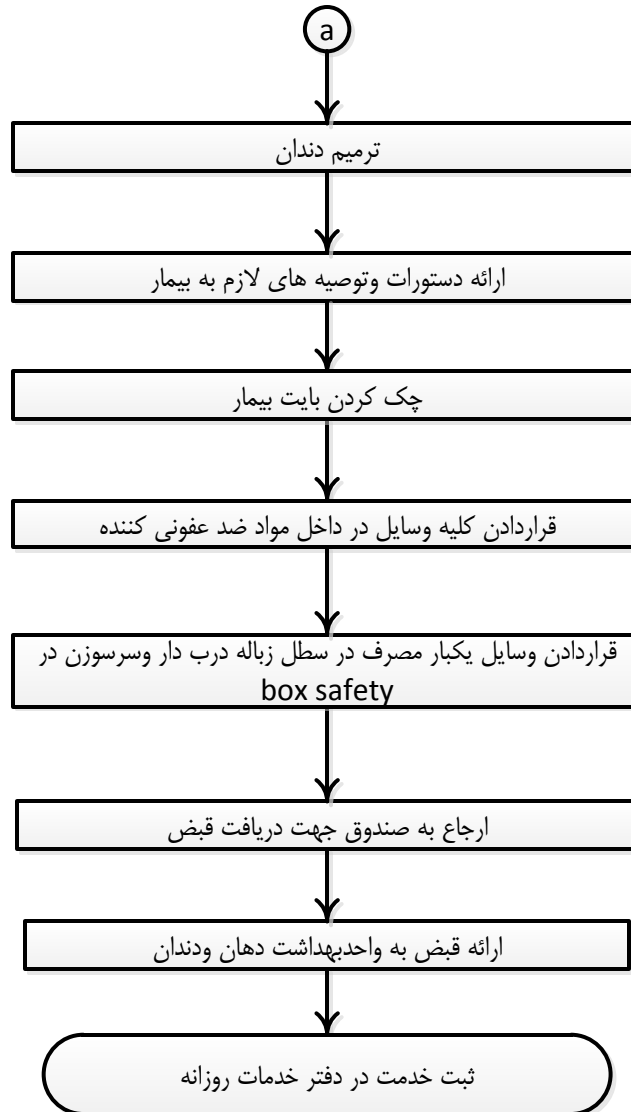


\*سطح بالاتر شامل بخش های تخصصی دانشکده های دندانپزشکی (مانند بخش اندو، ارتودنسی، پروتز و...) و بیمارستان ها

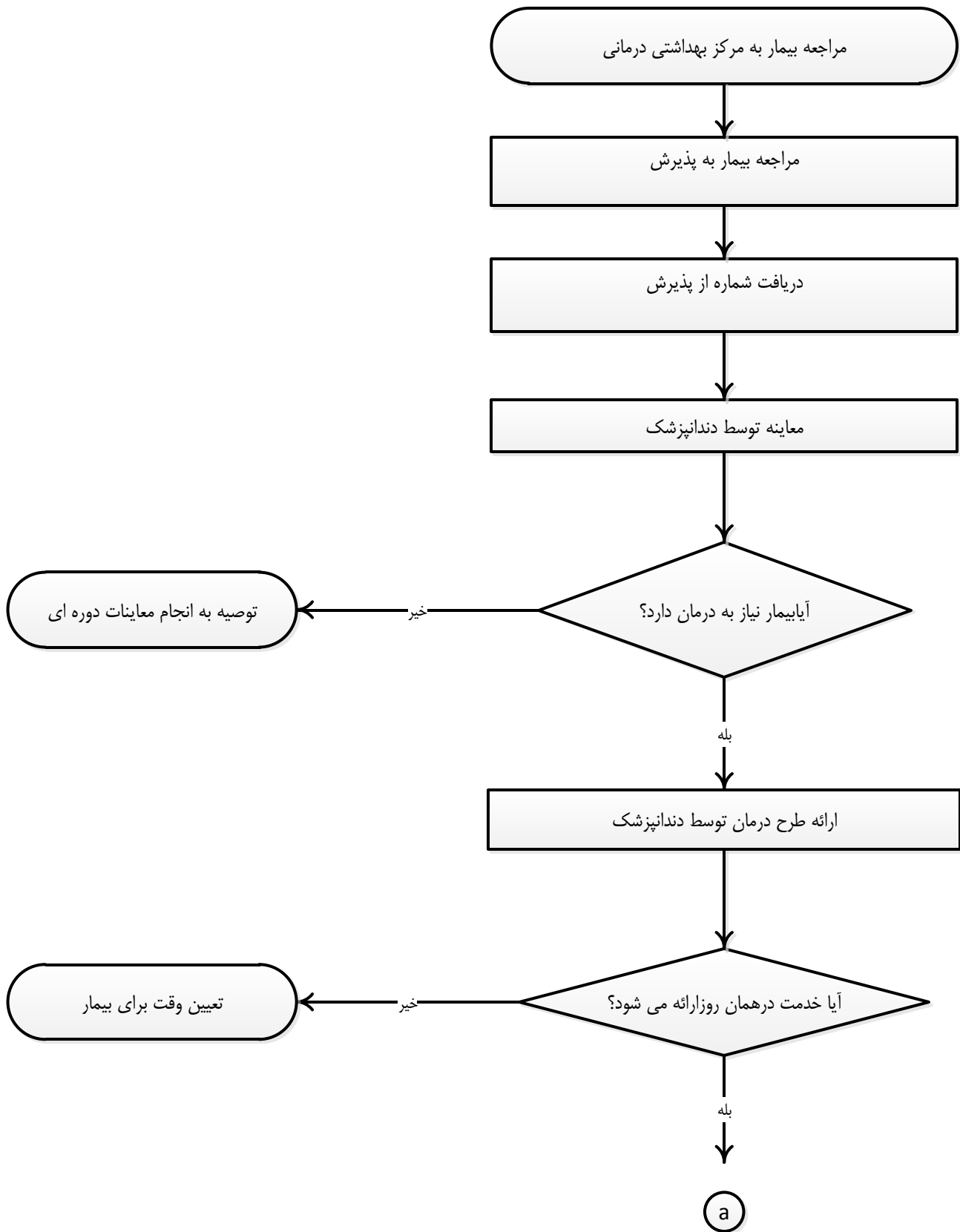
## فرآیند خدمت ترمیم دندان (ادامه)



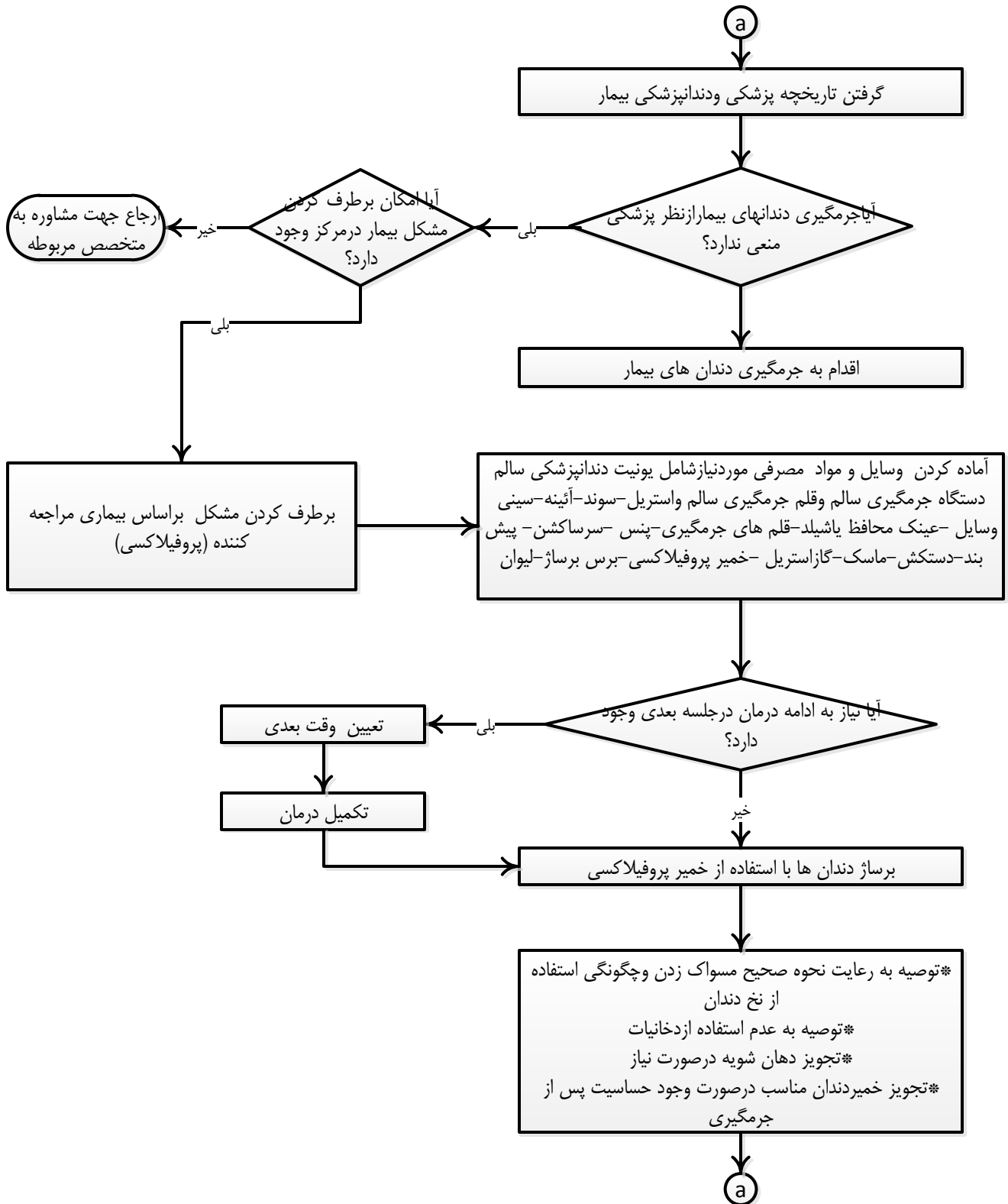
## فرآیند خدمت ترمیم دندان (ادامه)



## فرآیند خدمت جرمگیری دندان

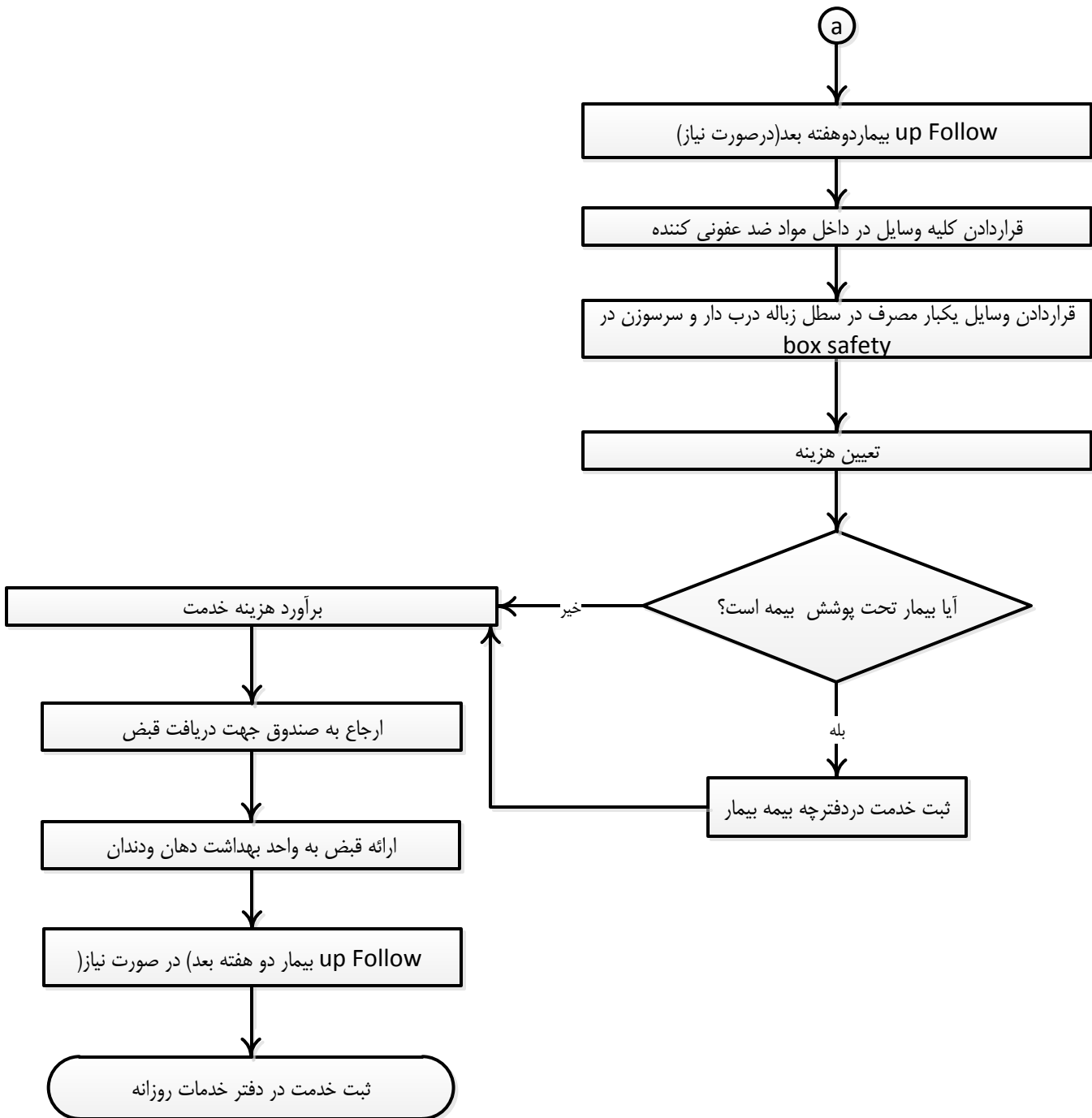


## فرآیند خدمت جرمگیری دندان (ادامه)

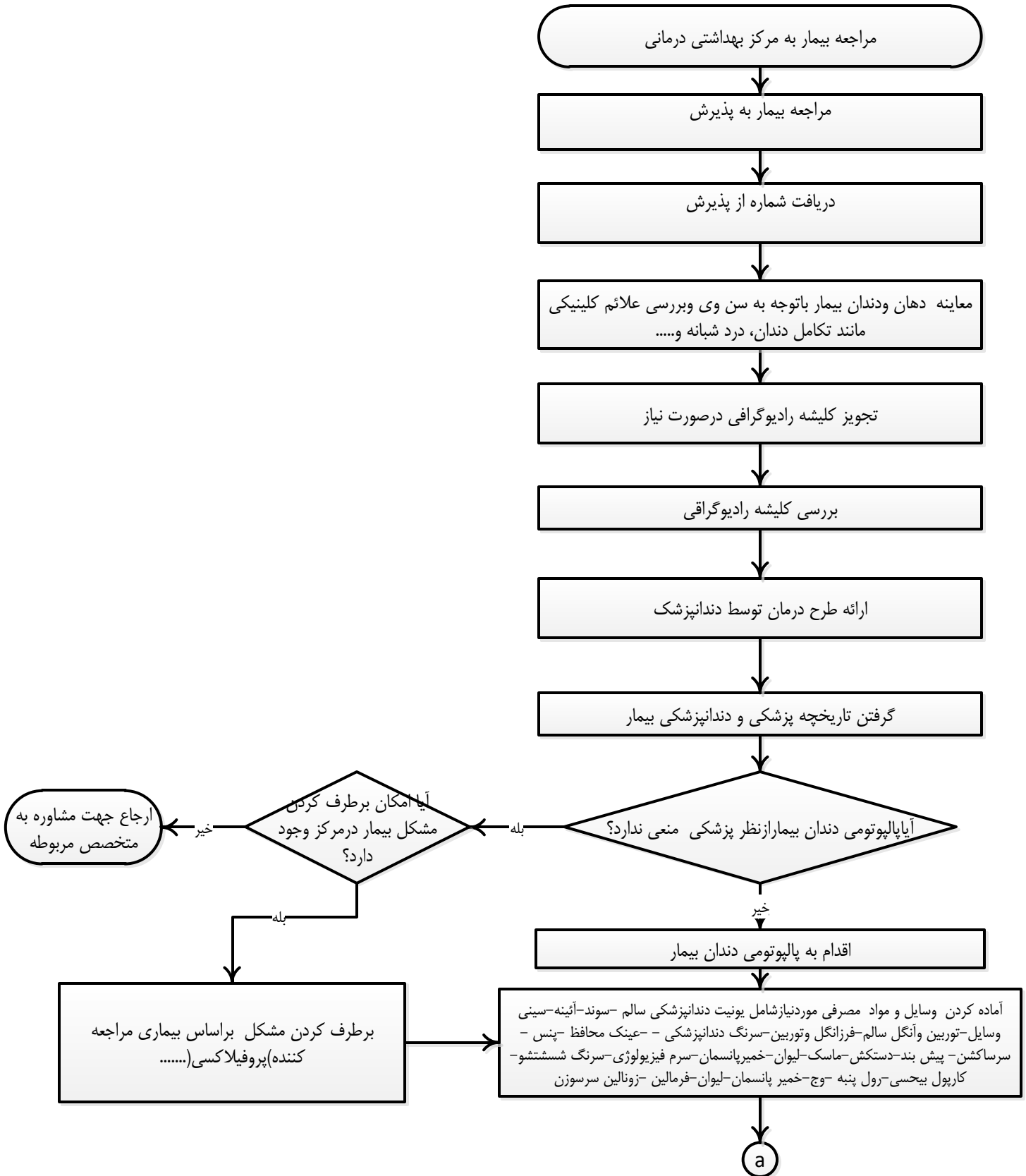




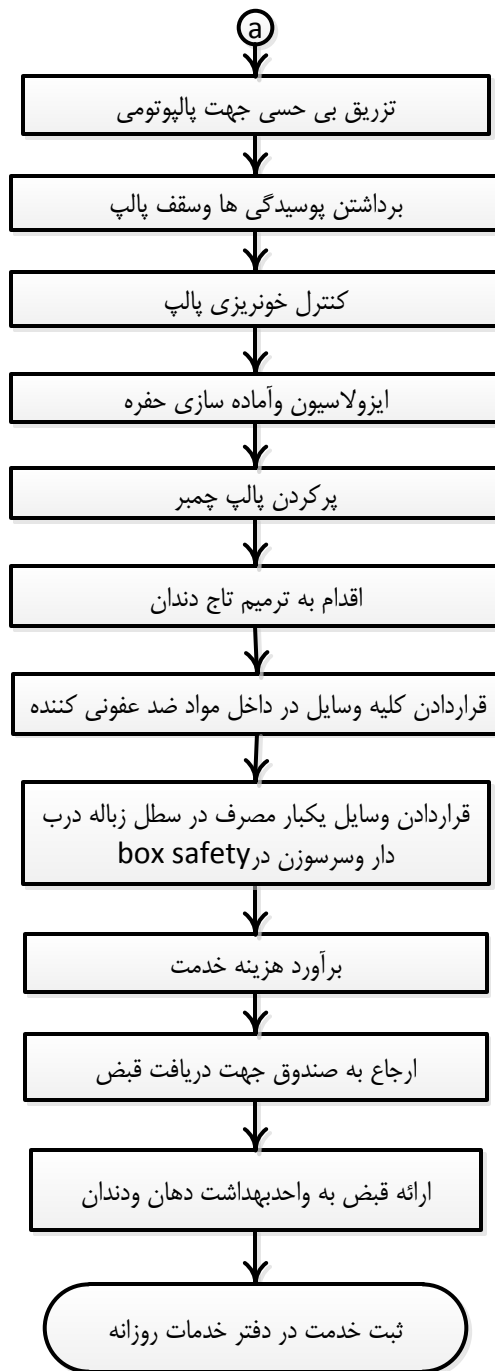
## فرآیند خدمت جرمگیری دندان (ادامه)



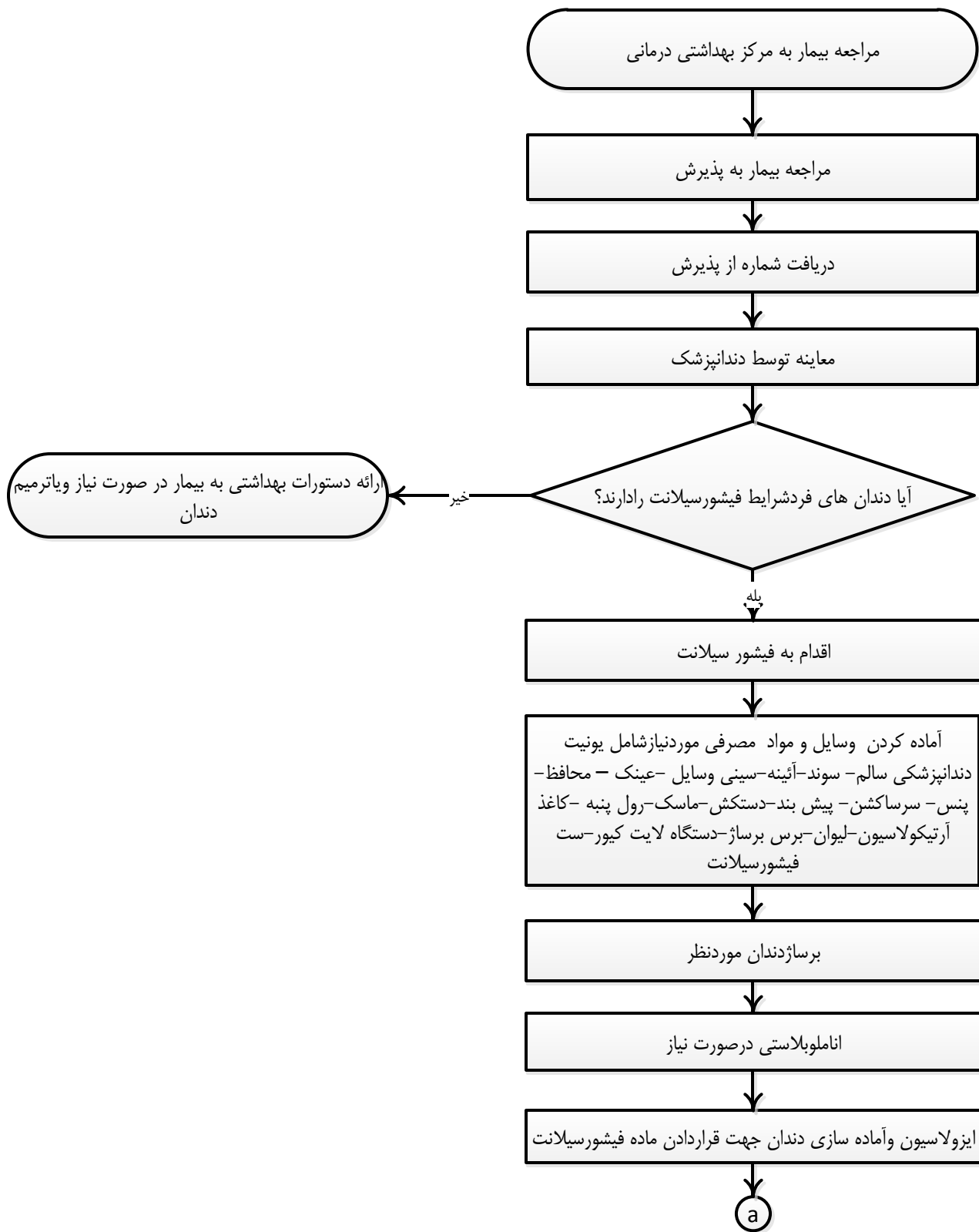
# فرآیند خدمت پالپوتومی دندان



## فرآیند خدمت پالپوتومی دندان (ادامه)



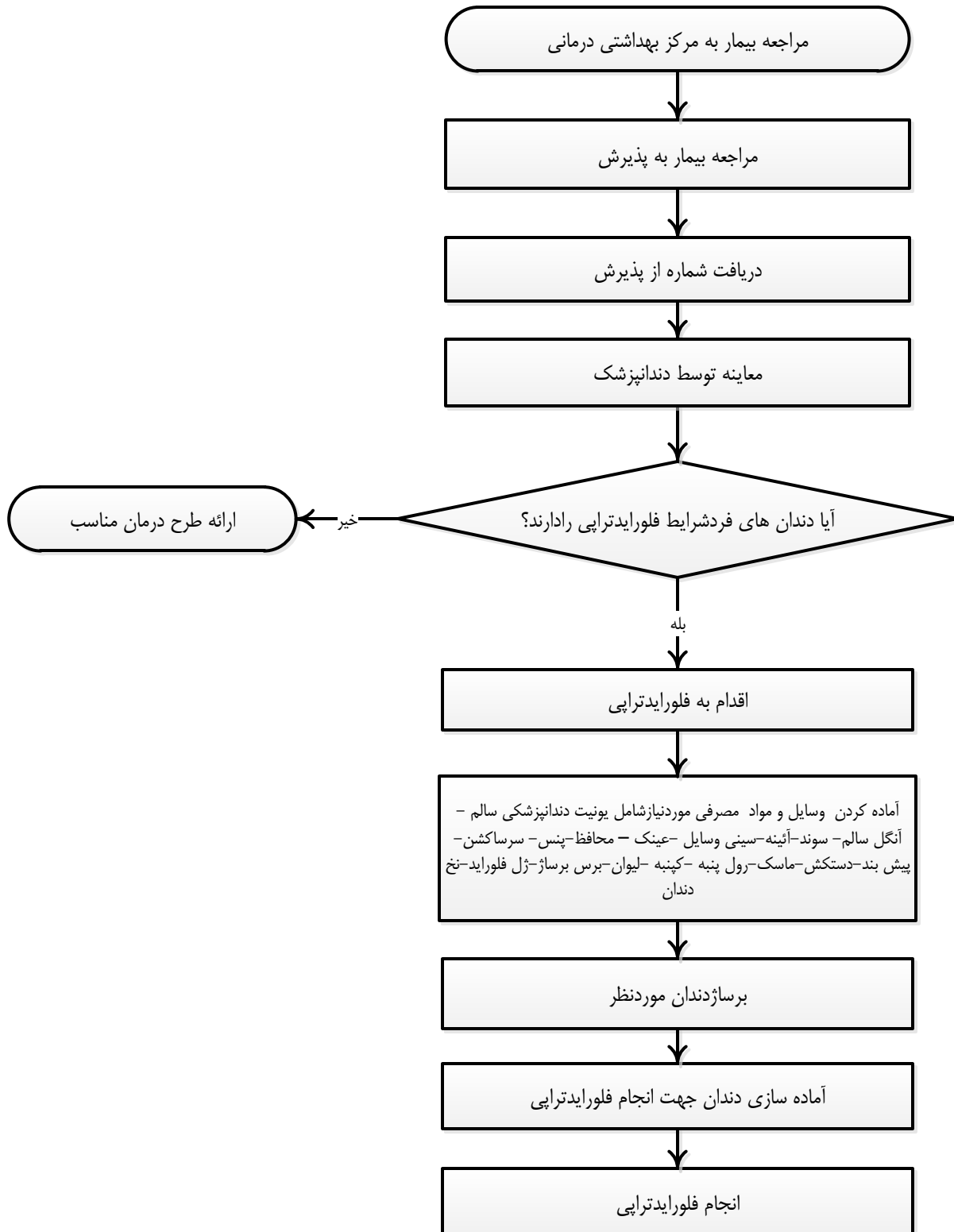
## فرآیند خدمت فیشورسیلانت دندان



## فرآیند خدمت فیشورسیلانت دندان (ادامه)



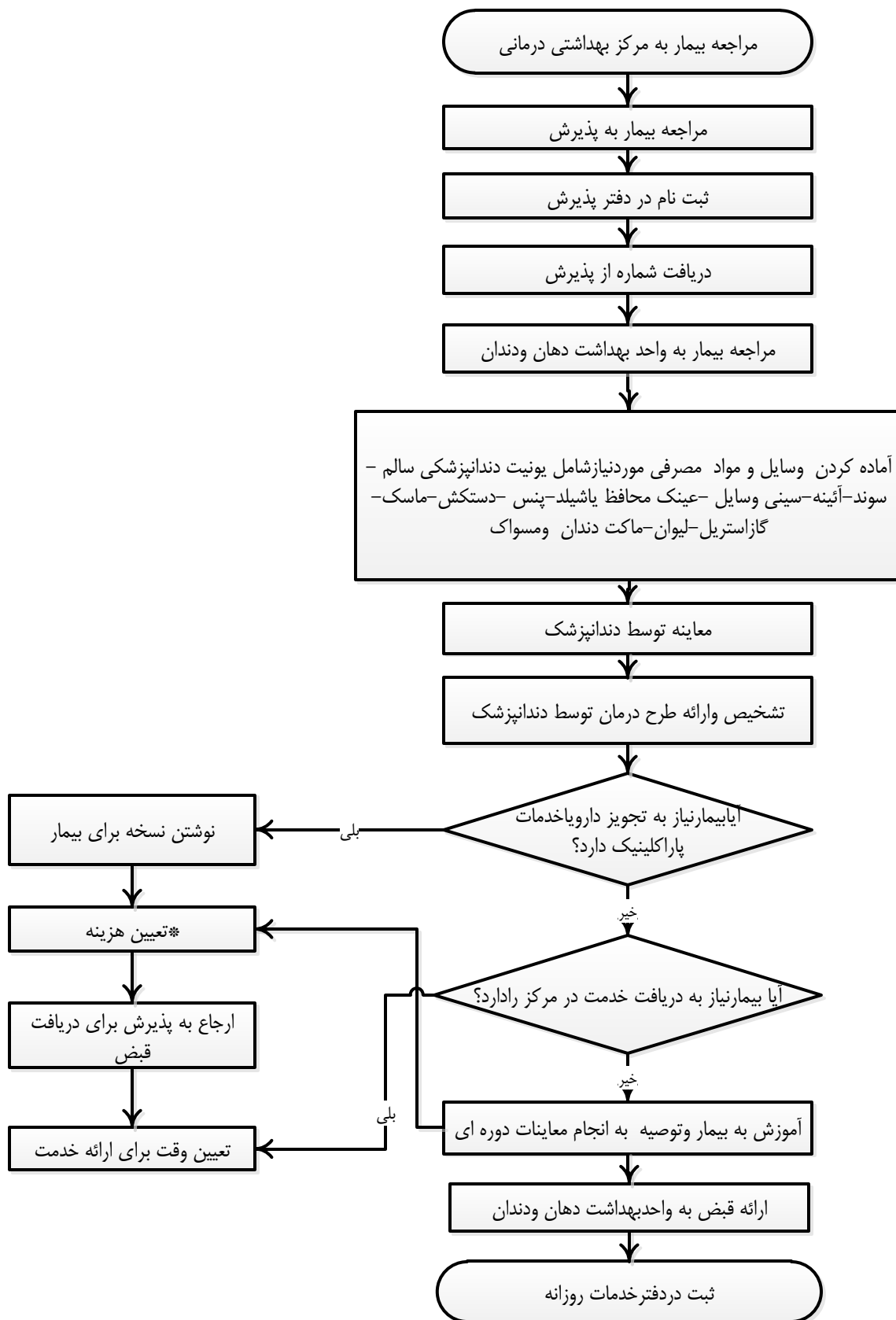
## فرآیند خدمت فلورایدتراپی دندان



## فرآیند خدمت فلوراید تراپی دندان (ادامه)



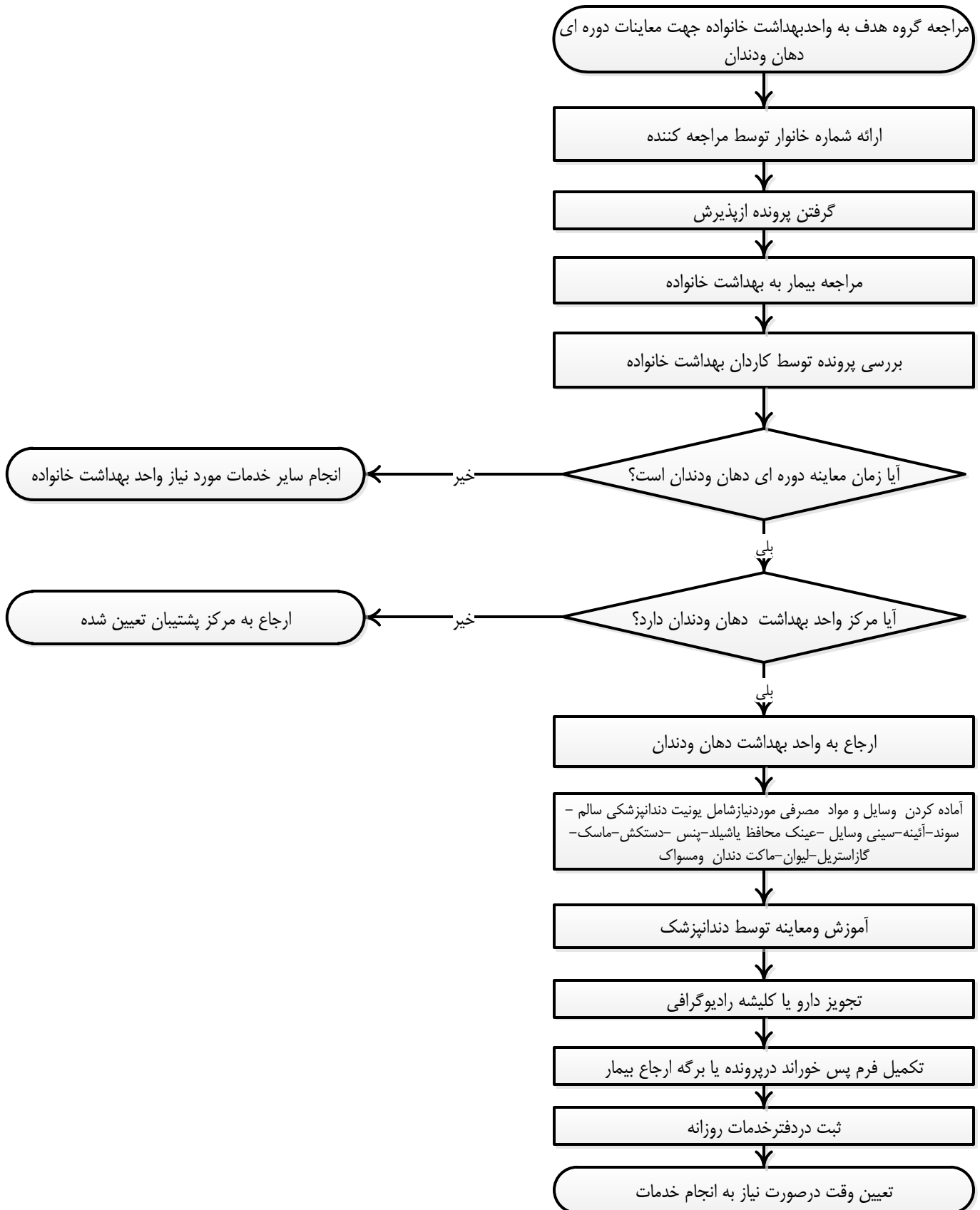
## فرایند معاینه دهان و دندان



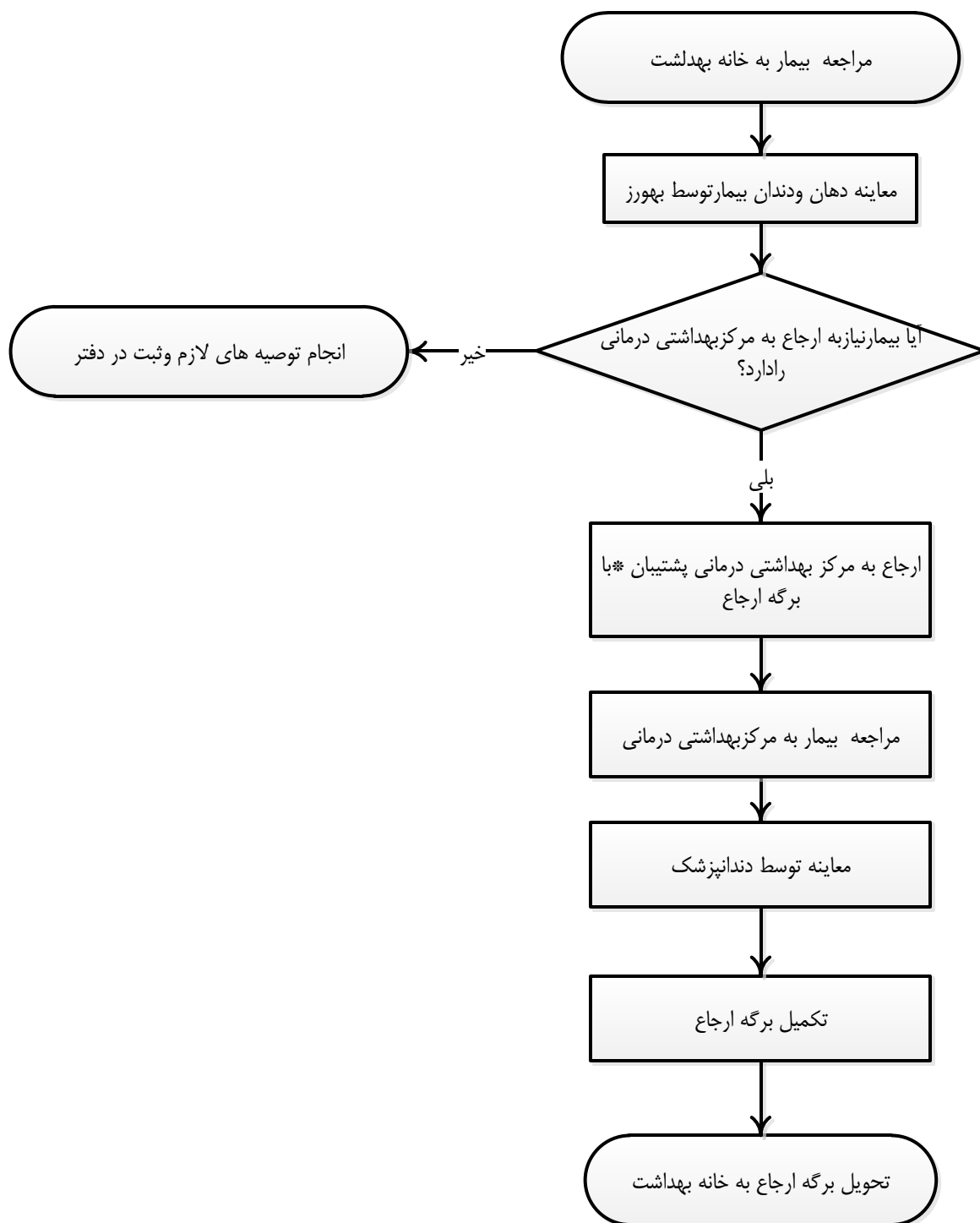
\*هزینه معاینه گروه هدف (شامل زیر ۶ سال - ۶-۱۲ سال - مادر باردار - شیرده یکسال پس از زایمان) رایگان می باشد.



## فرآیند معاینه گروه هدف (ارجاعی از واحد بهداشت خانواده)

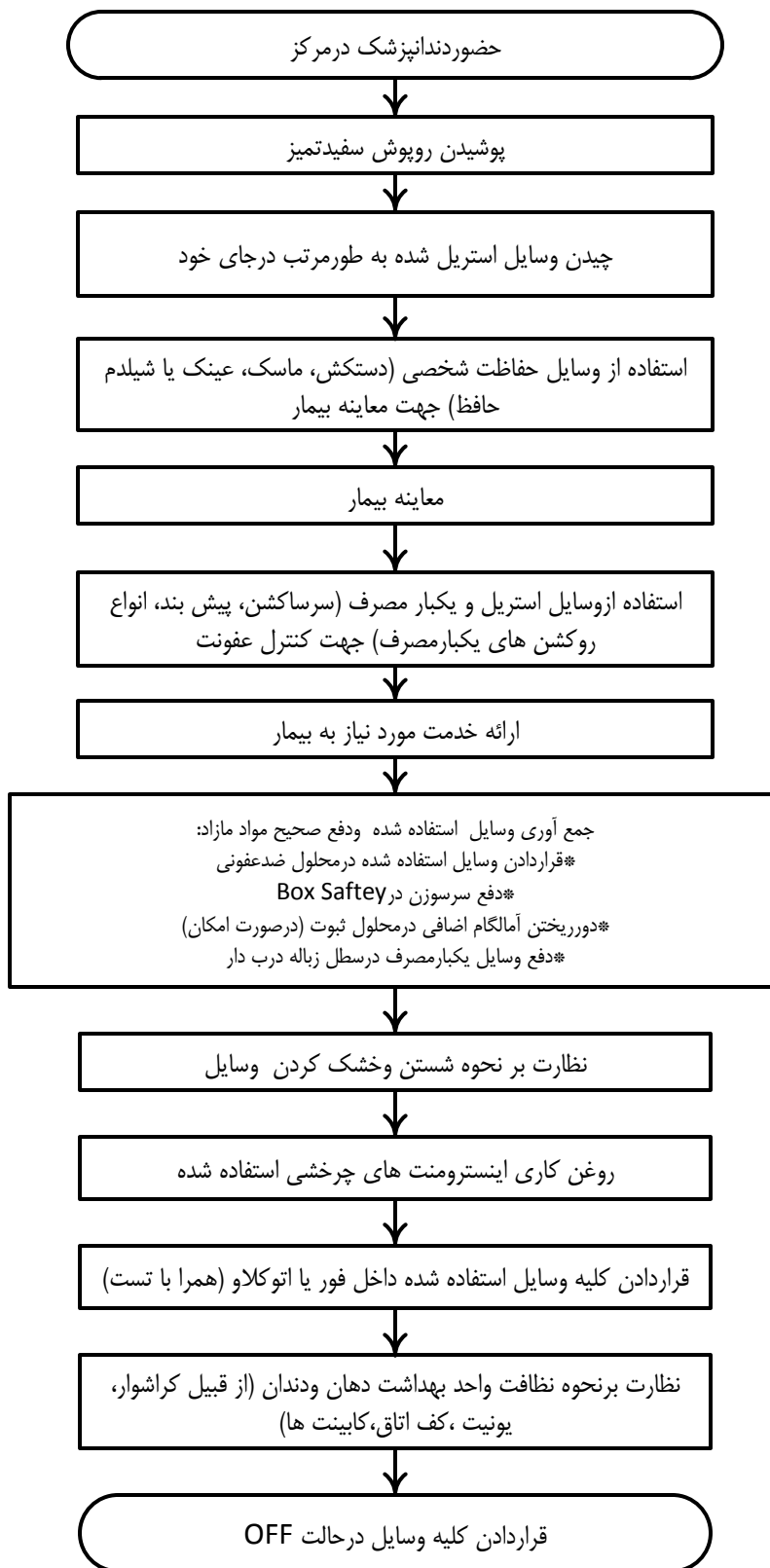


## فرآیند ارایه خدمت توسط بهورز

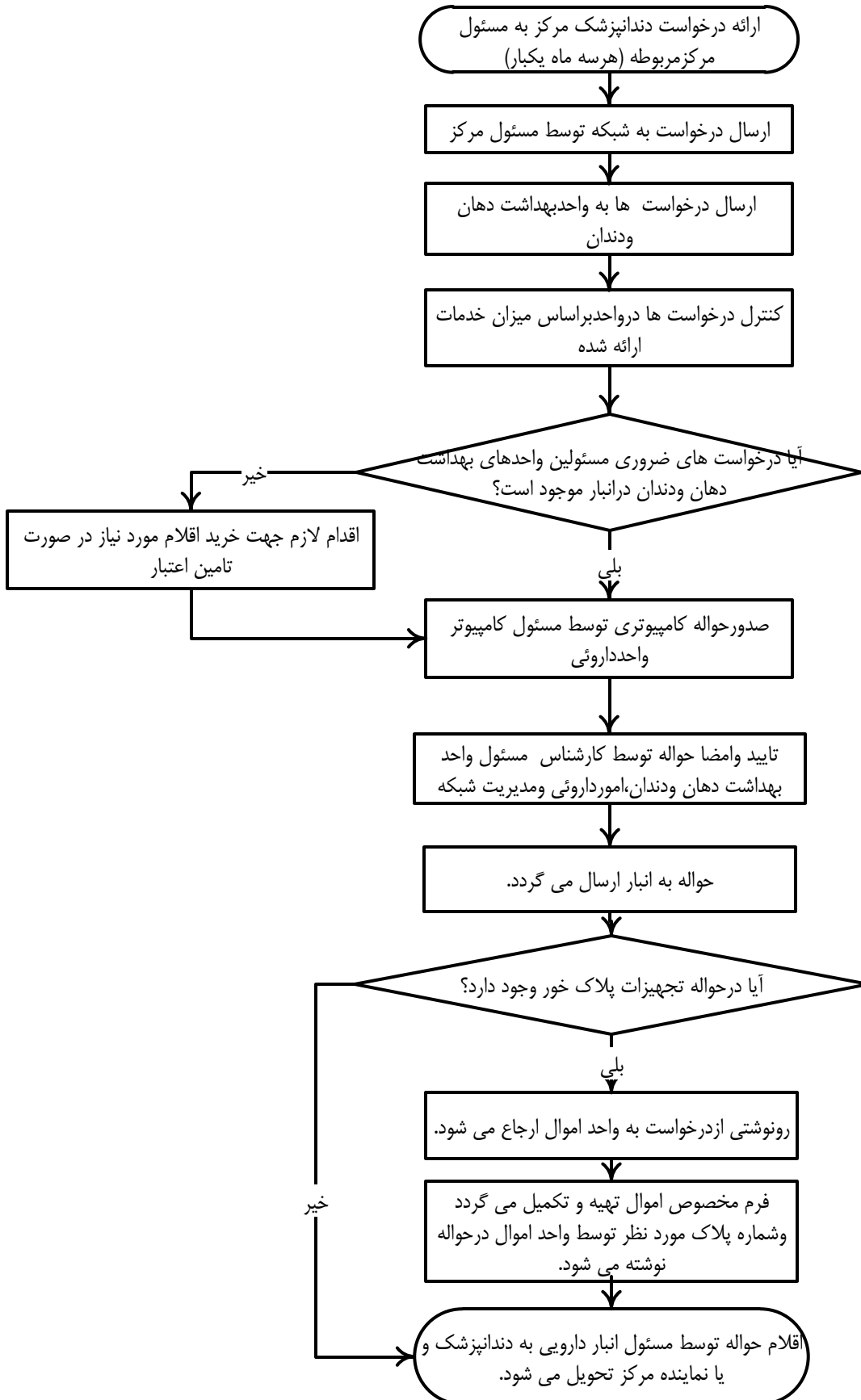


\*اگر مرکز بهداشتی درمانی پشتیبان فاقد واحد بهداشت دهان و دندان بود به نزدیکترین مرکز طبق برنامه تنظیم شده ارجاع می گردد.

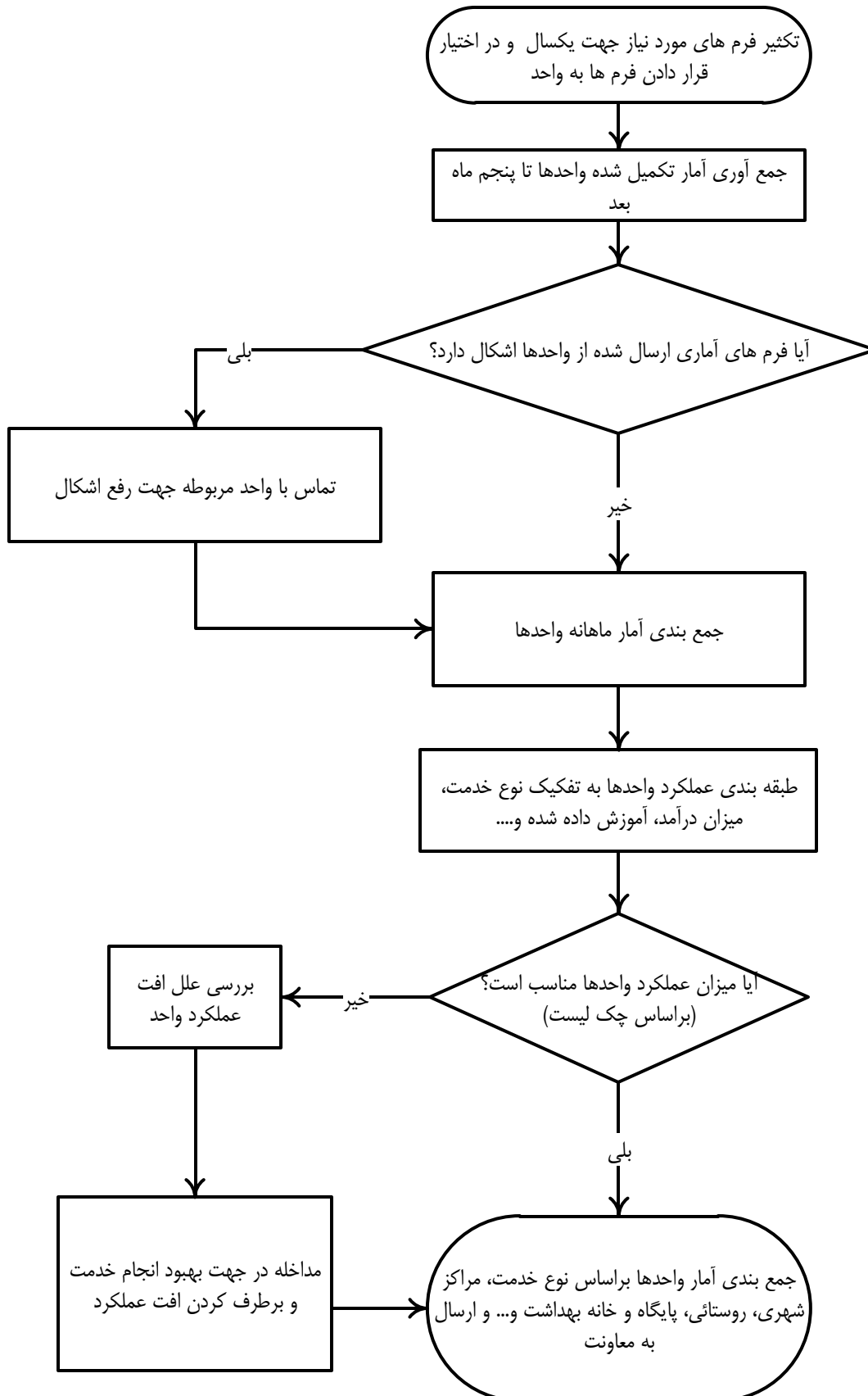
## فرآیند کنترل عفونت



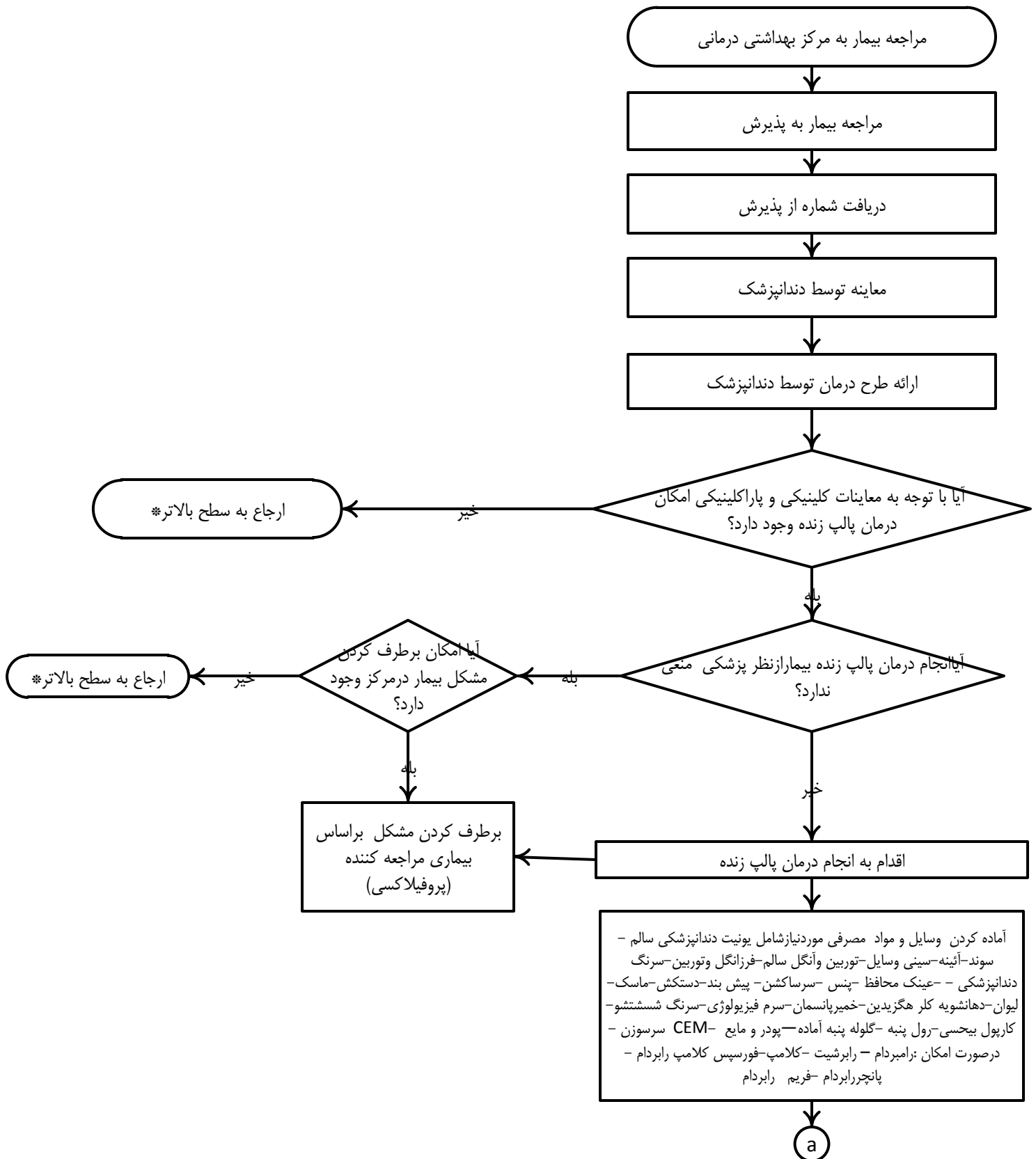
## فرآیند توزیع تجهیزات و مواد مصرفی



## فرآیند جمع آوری آمار و اطلاعات



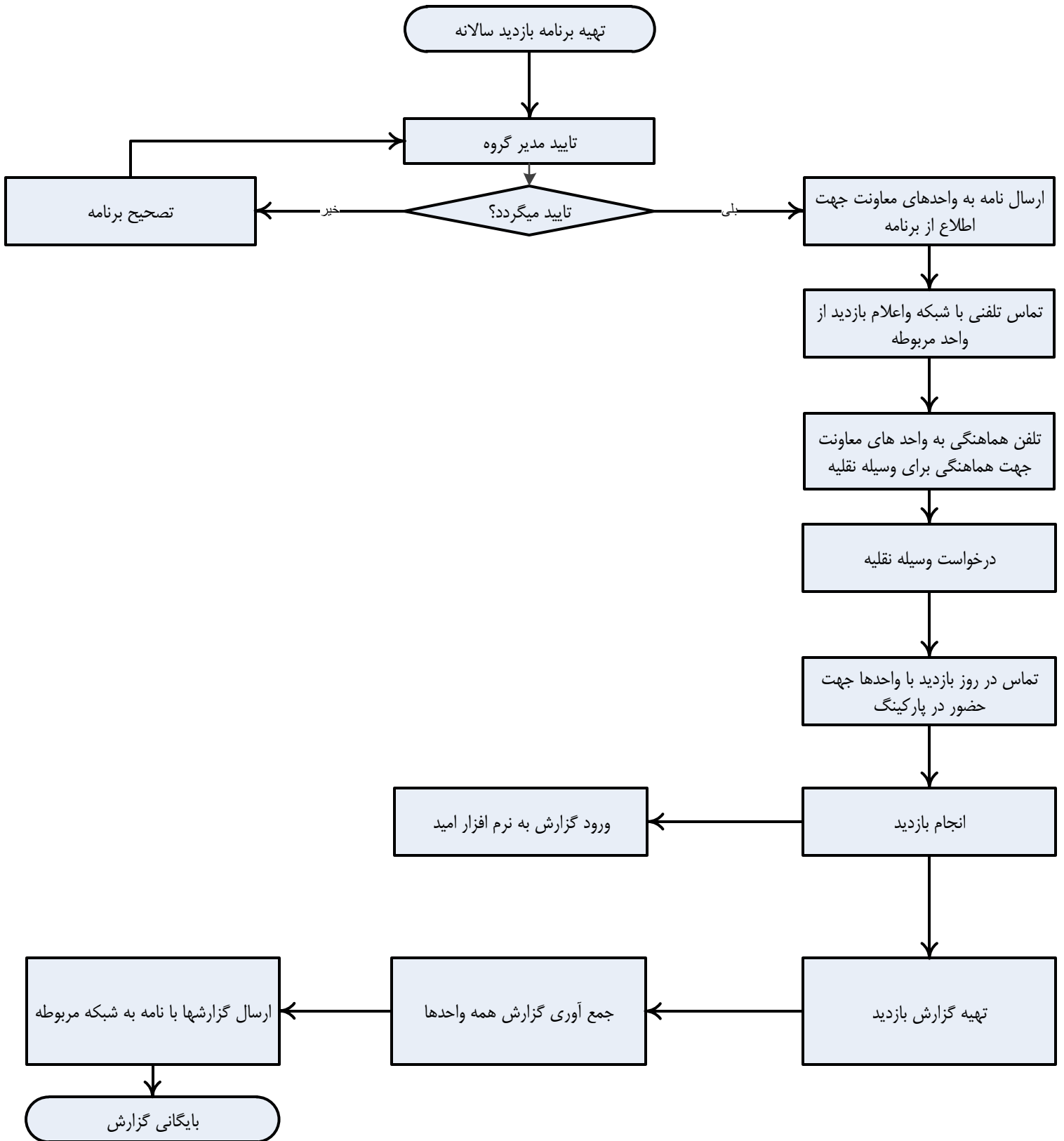
## فرآیند خدمت درمان پالپ زنده



\*سطح بالاتر شامل بخش های تخصصی دانشکده های دندانپزشکی (بخش اندو)

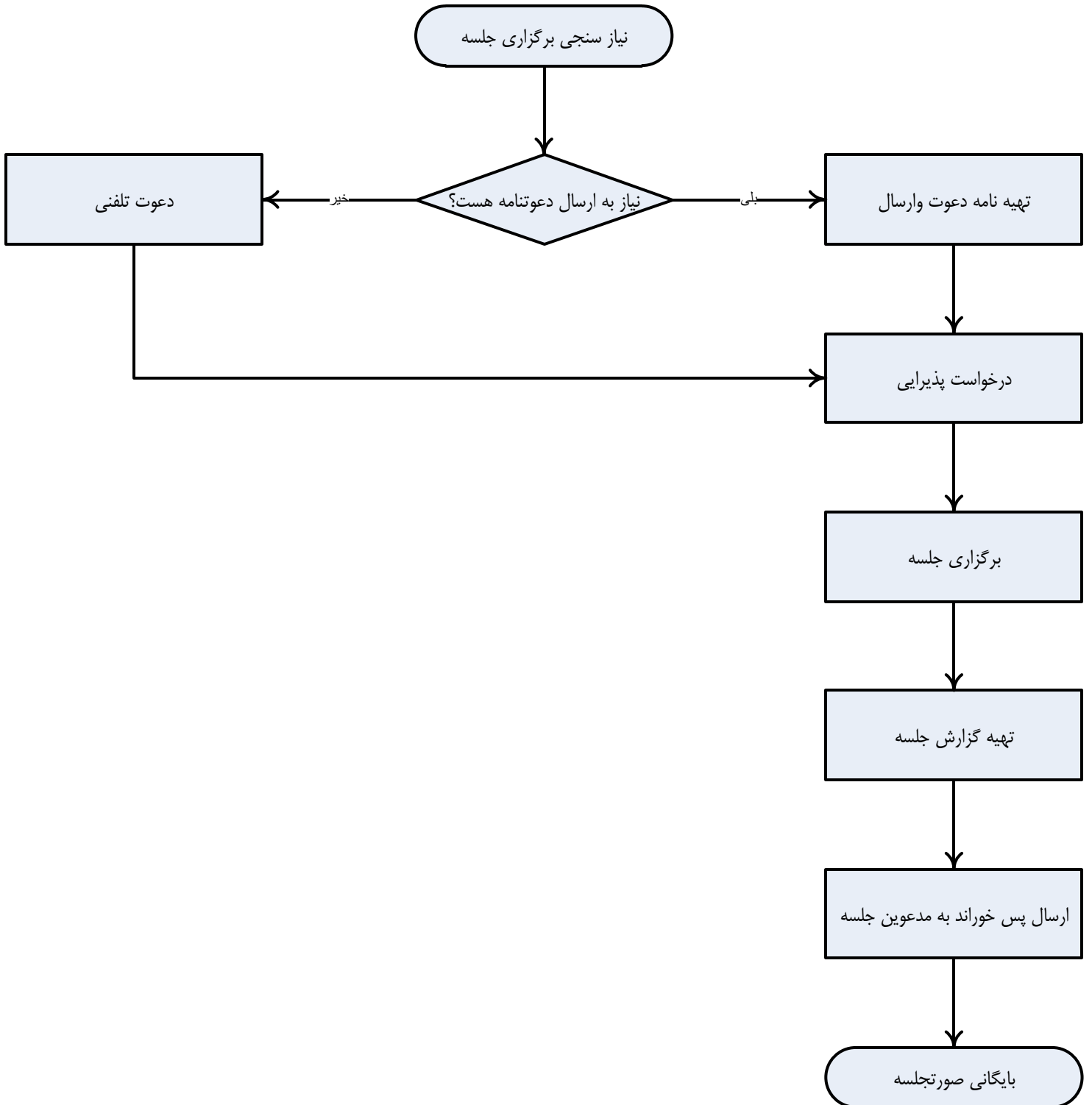


# فرآیند بازدید ستادی کسترش شبکه

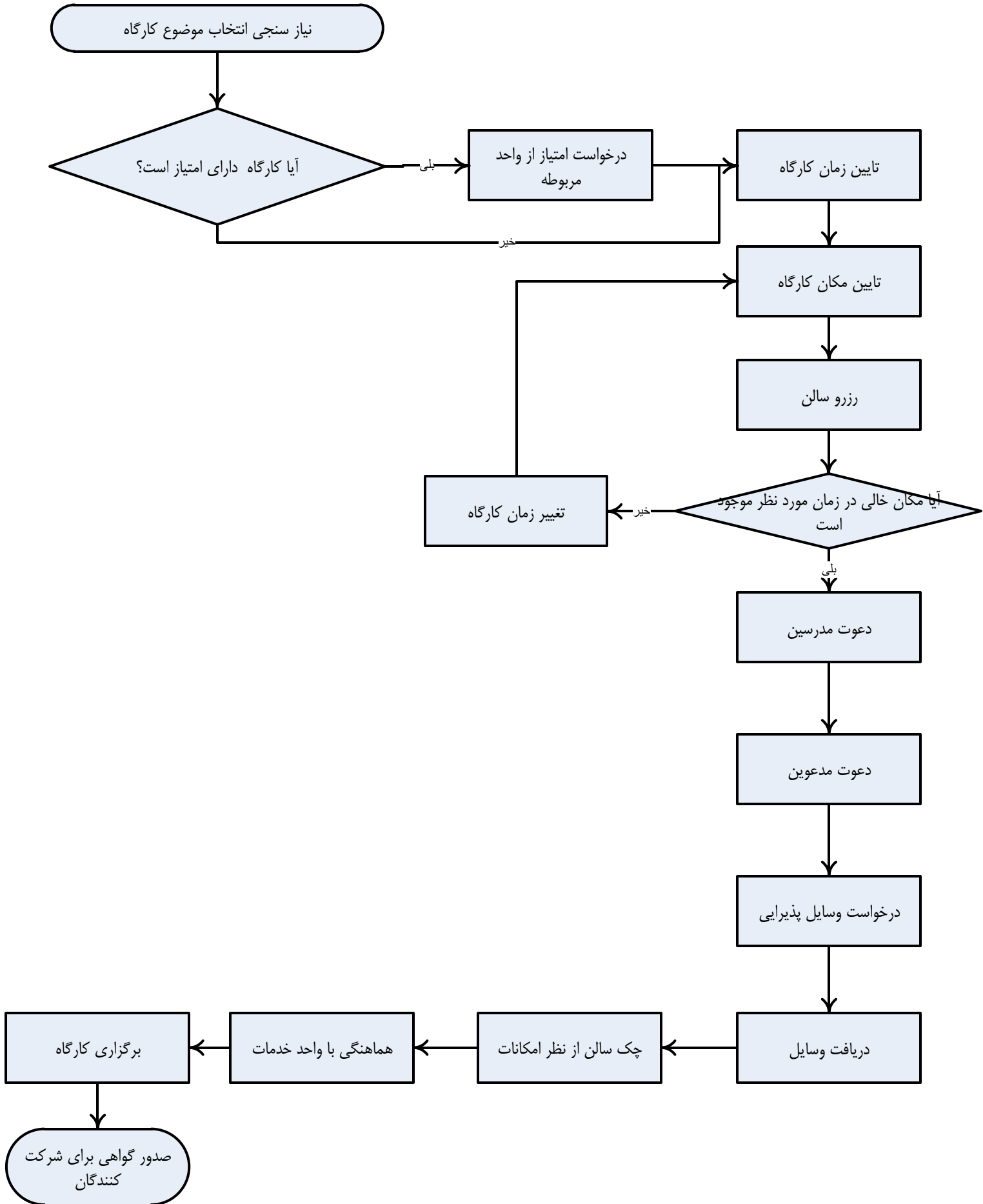




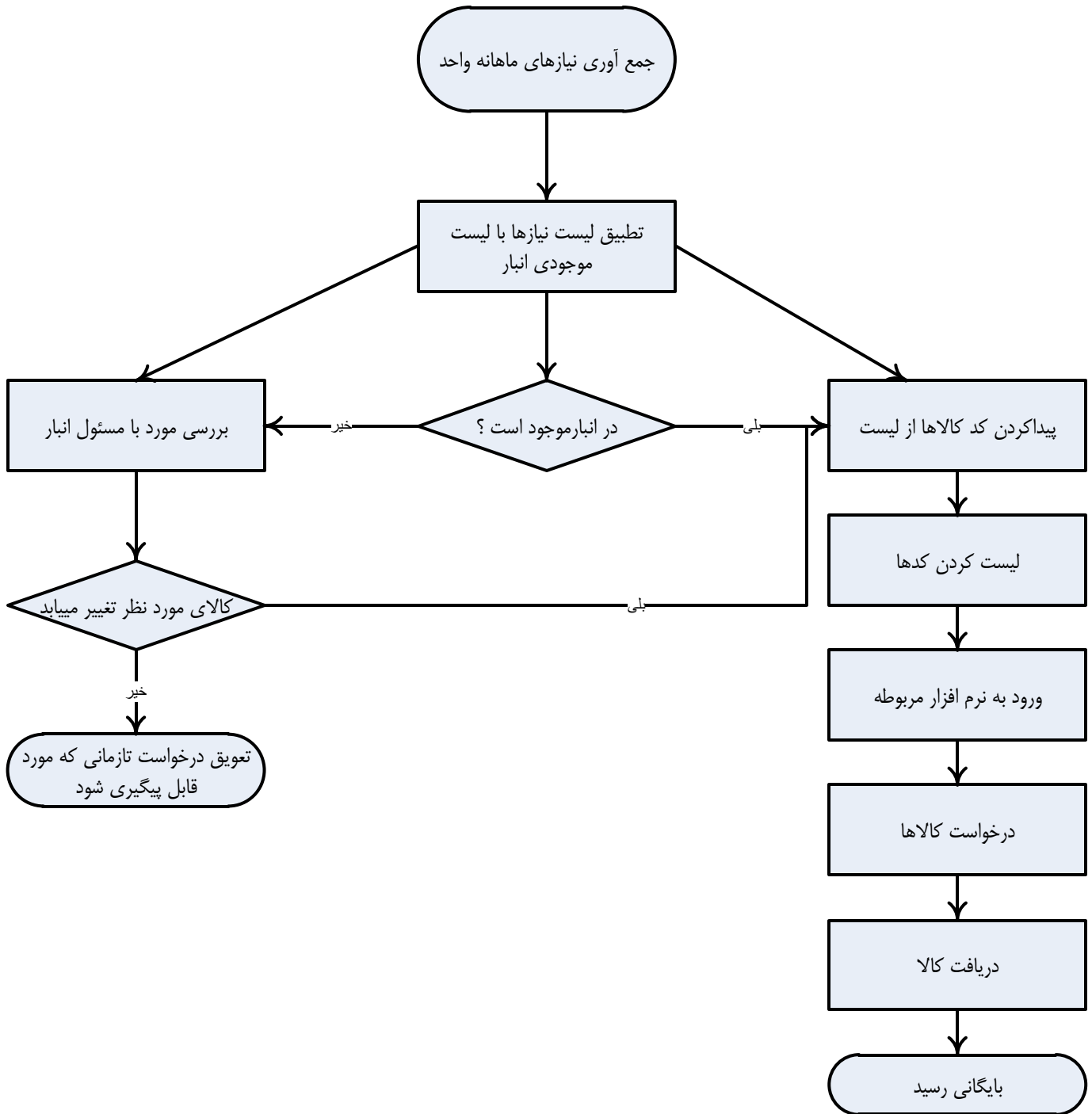
# فرآیند برگزاری جلسه گسترش شبکه



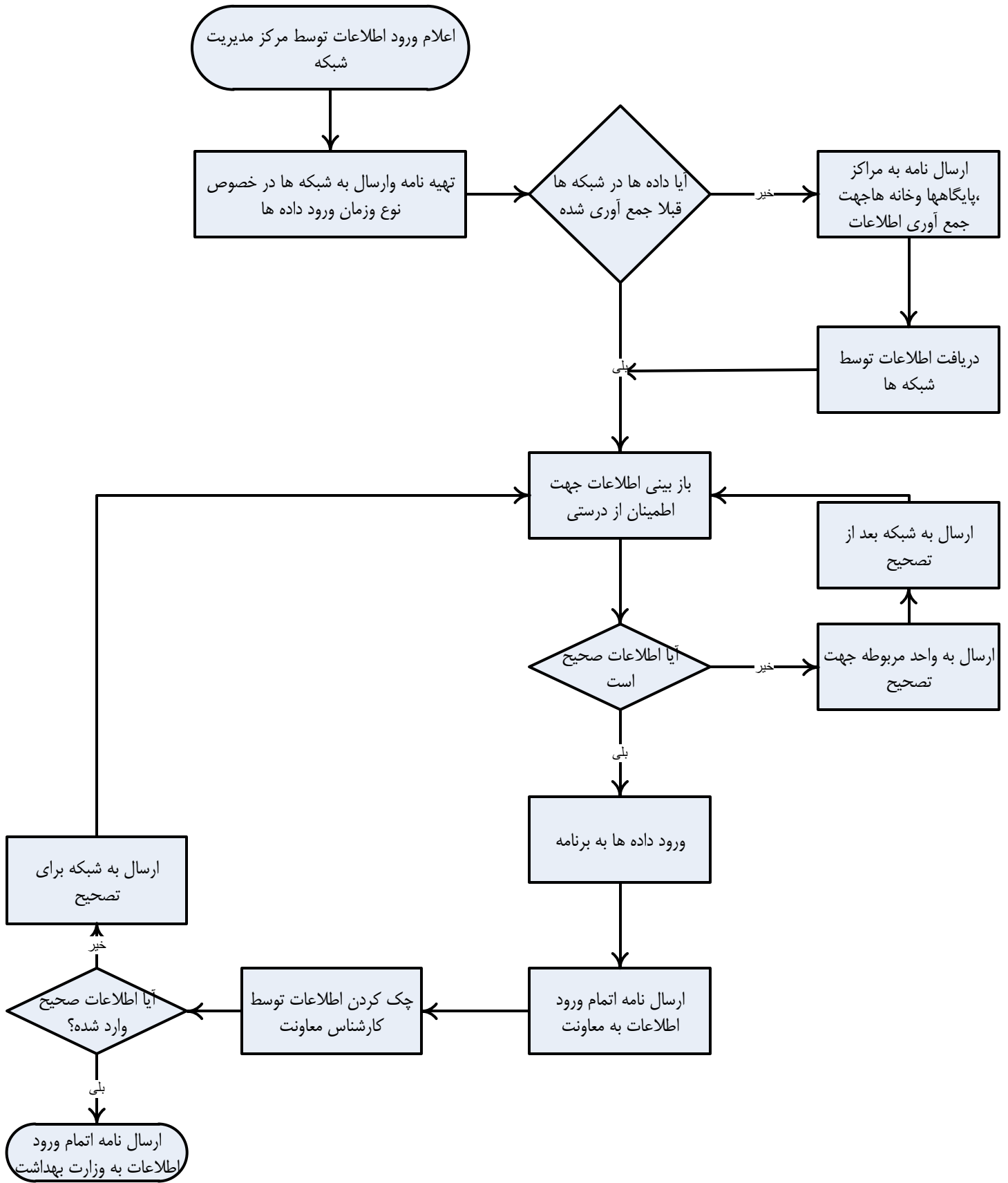
# فرآیند برگزاری کارگاه گسترش شبکه



# فرآیند درخواست کالا از برنامه نجات

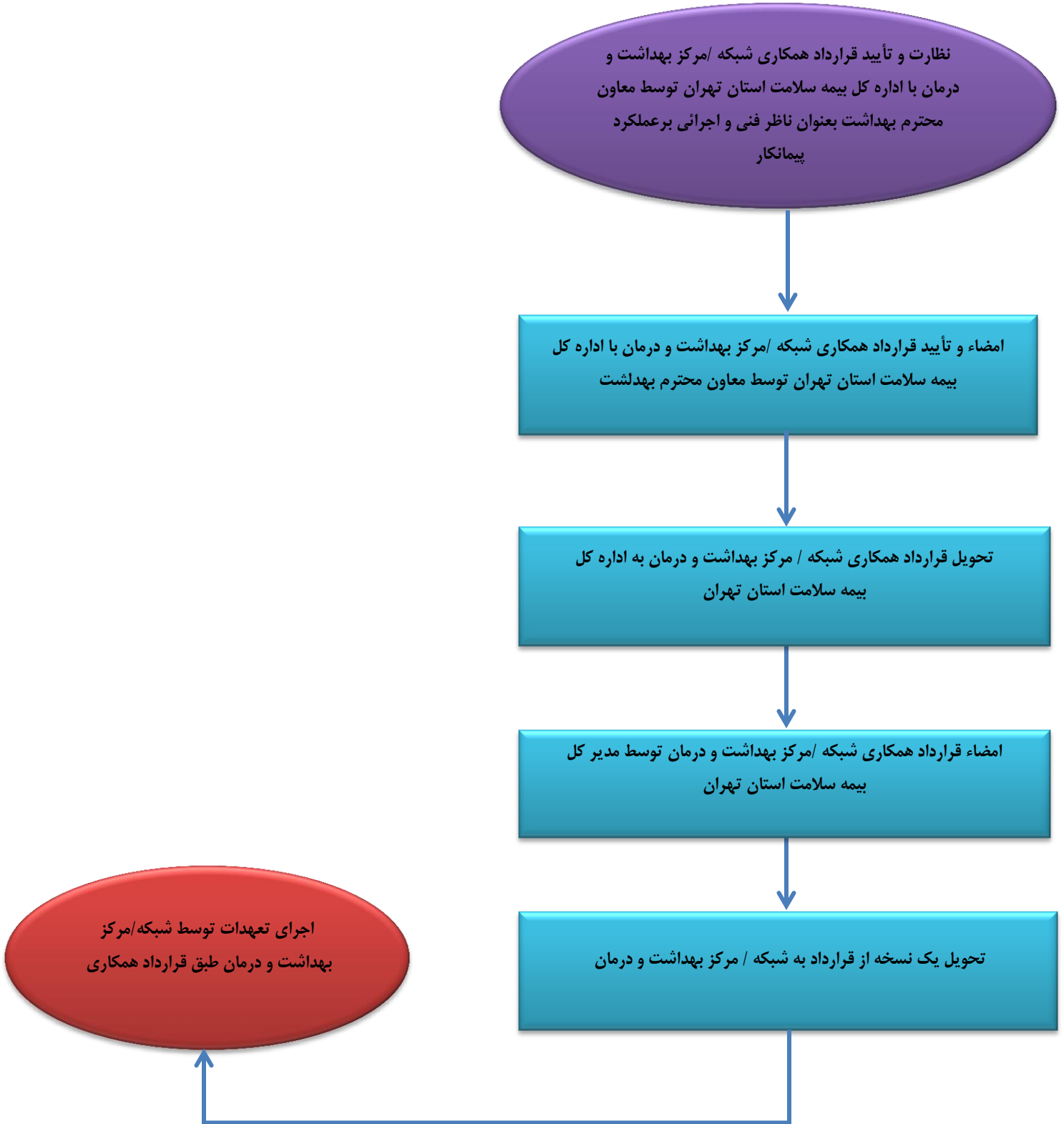


# فرآیند ورود داده به برنامه



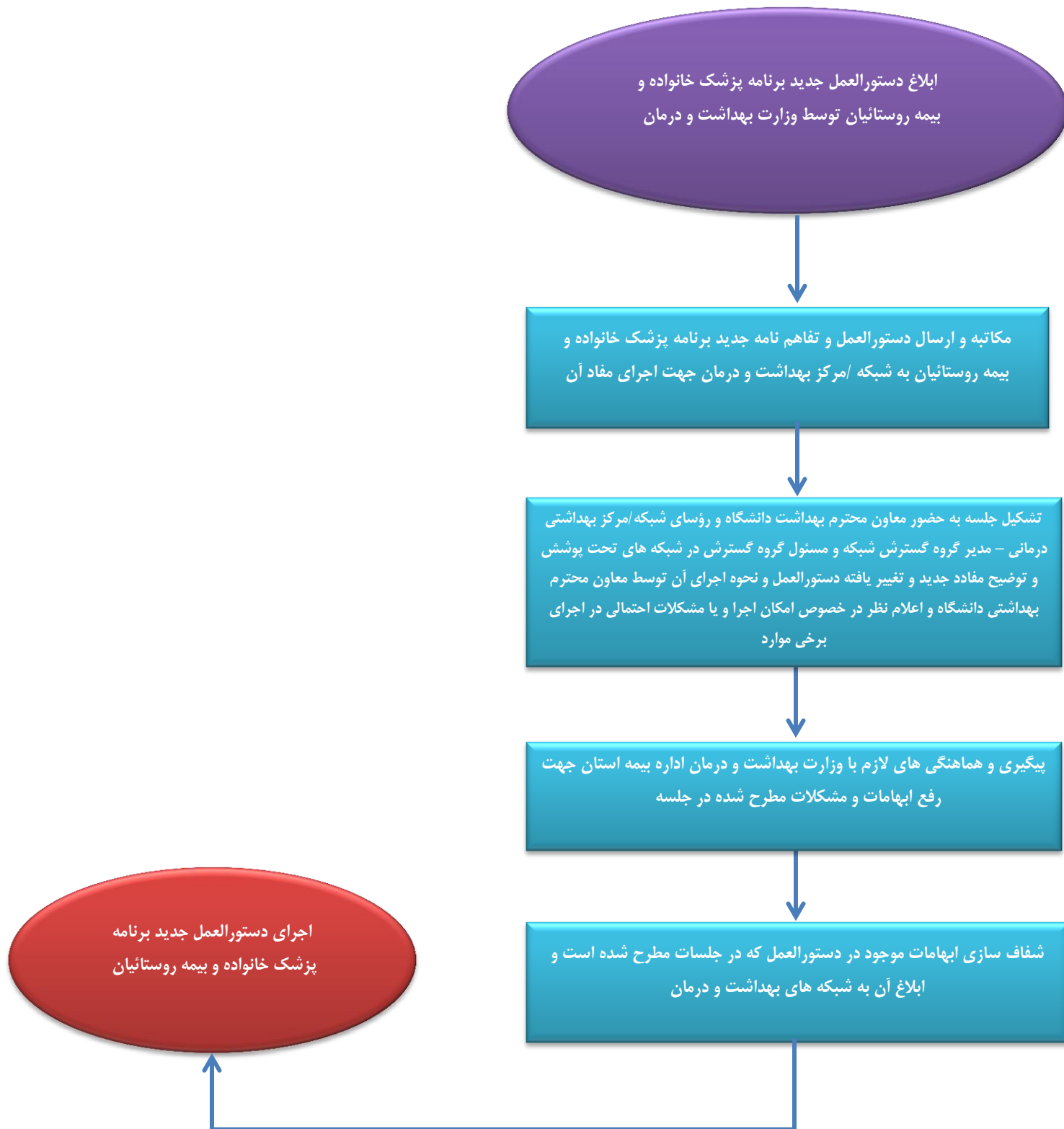
## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

### قرارداد همکاری شبکه بهداشت و درمان با اداره کل بیمه سلامت استان تهران



## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

### دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان و تفاهم نامه مشترک



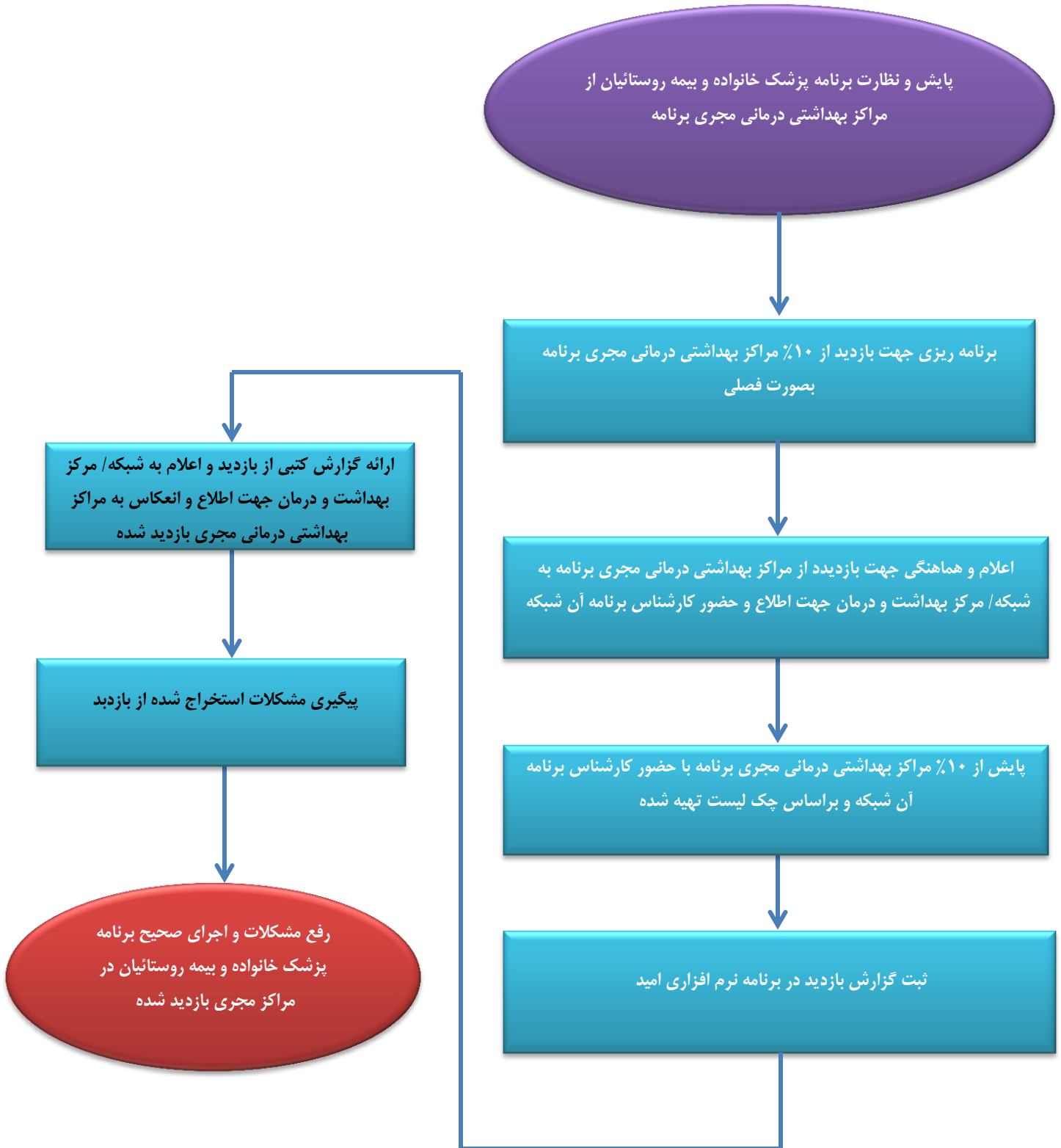
## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

### پایش و نظارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان از شبکه بهداشت و درمان



## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

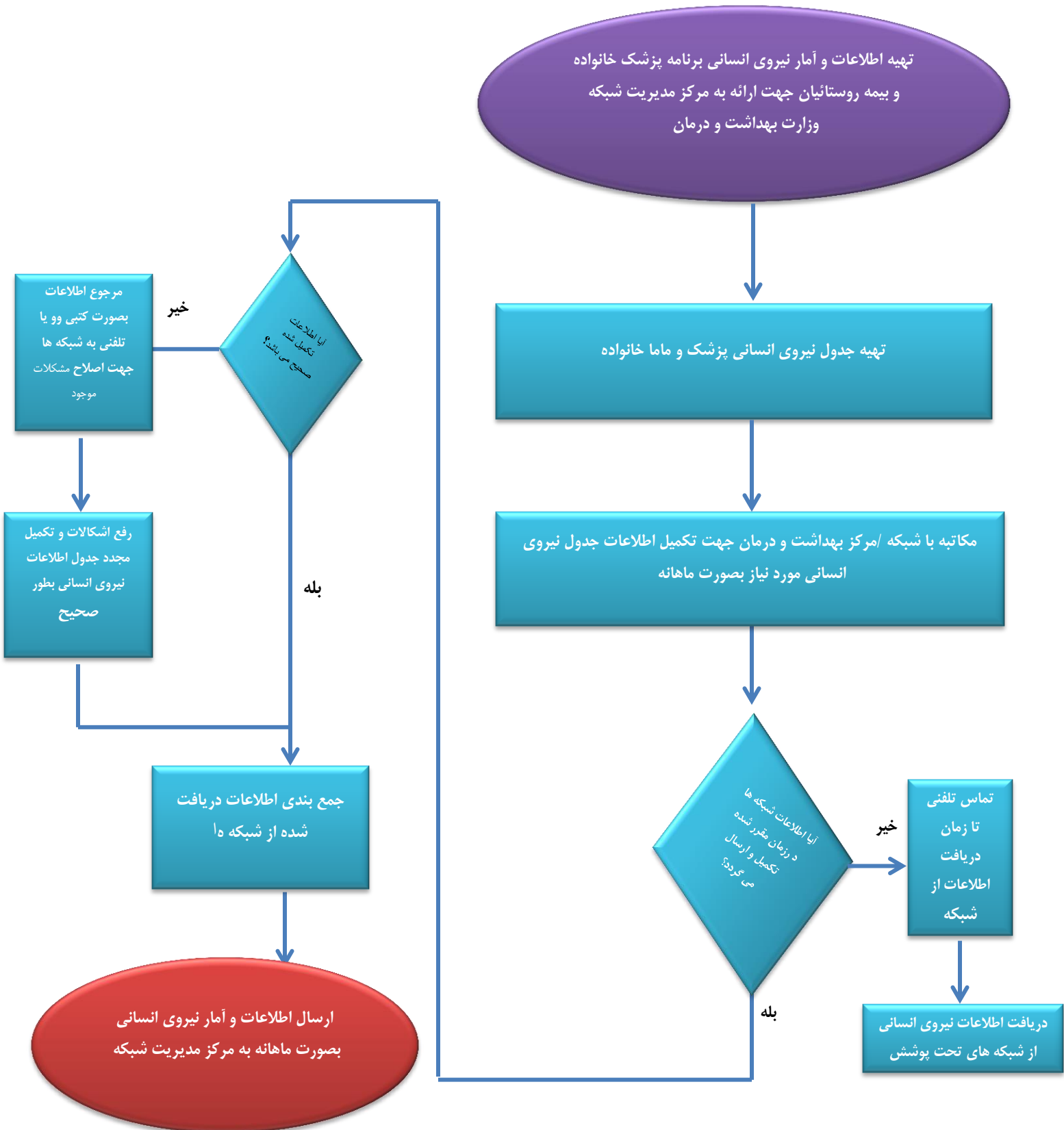
### پایش و نظارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه





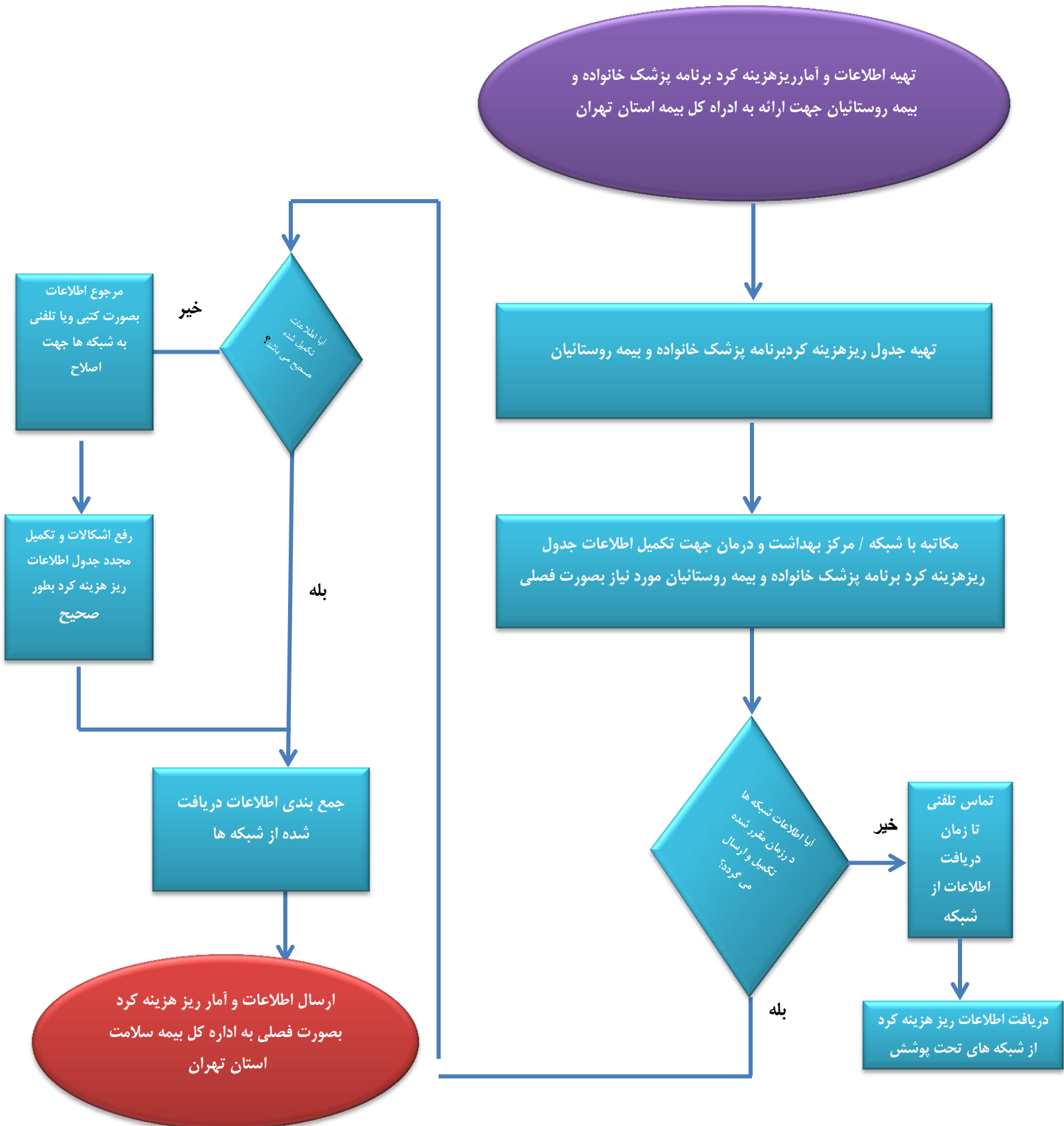
# "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

## تهیه اطلاعات و آمار نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان



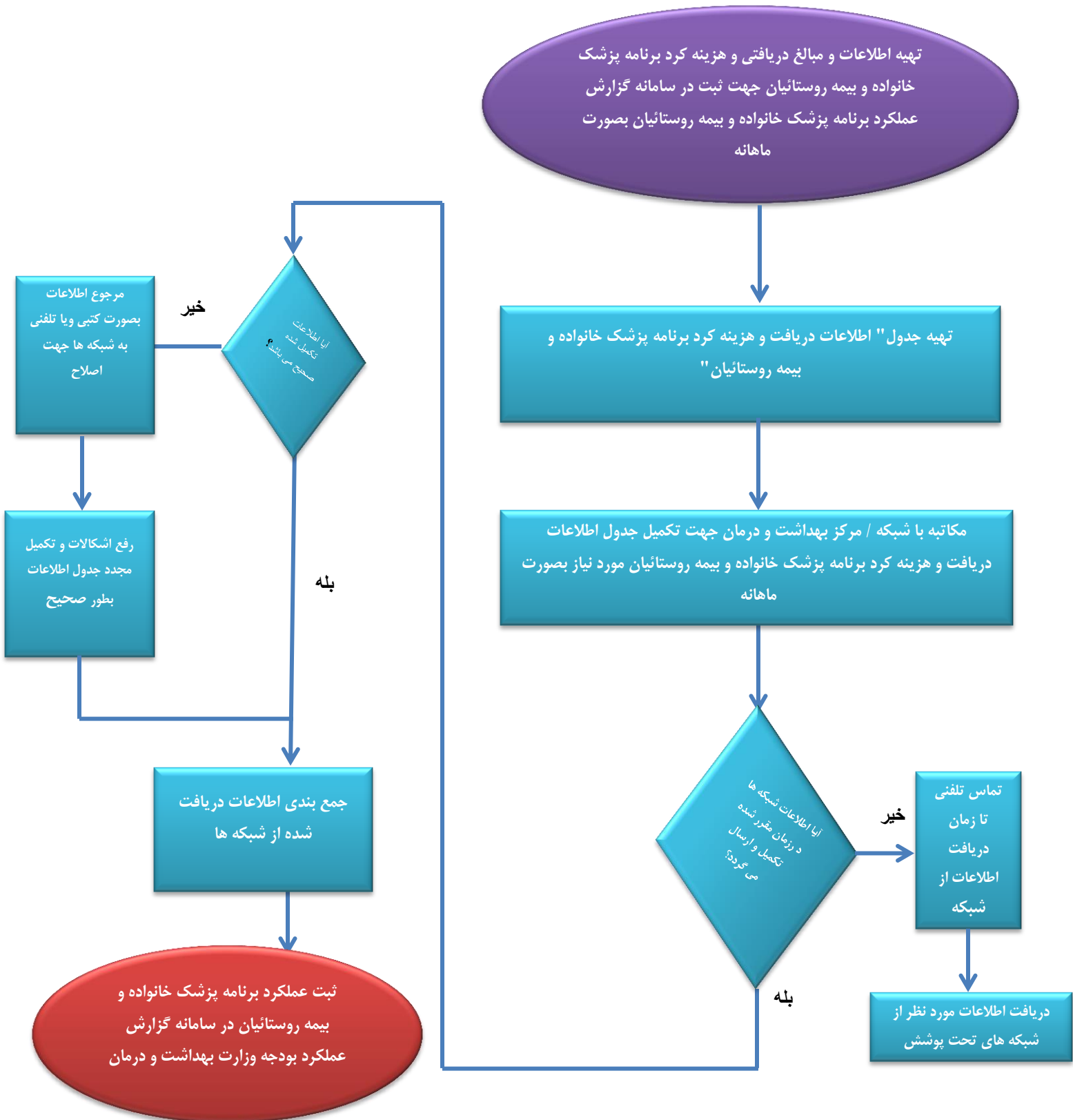
# "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

## تهیه اطلاعات و آمار ریز هزینه کرد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان



## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

ثبت گزارش عملکرد برنامه پزشک خانواده در سامانه گزارش عملکرد بودجه وزارت بهداشت و درمان



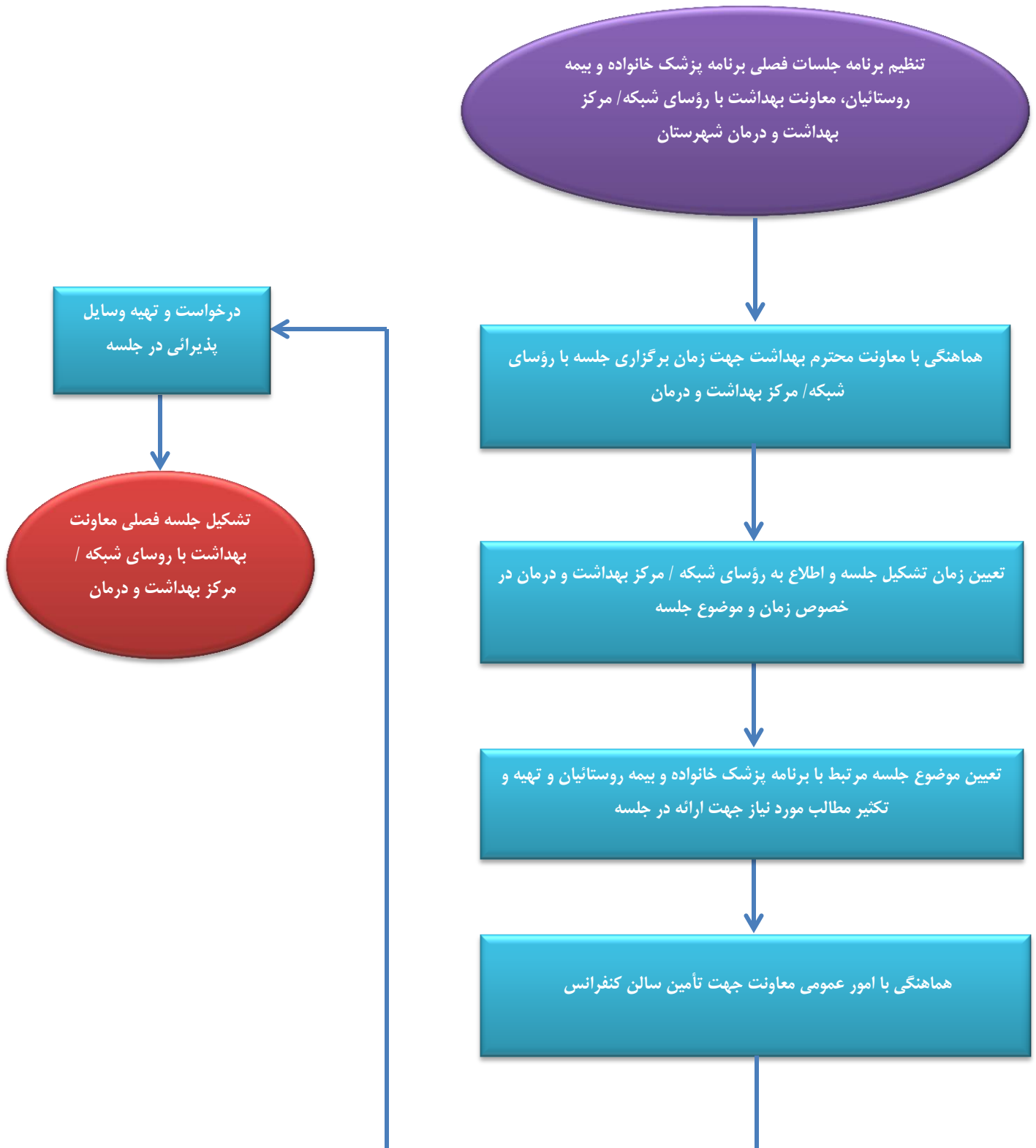
# "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

تشکیل جلسه هماهنگی دانشگاهی با اداره کل بیمه سلامت استان بصورت فصلی



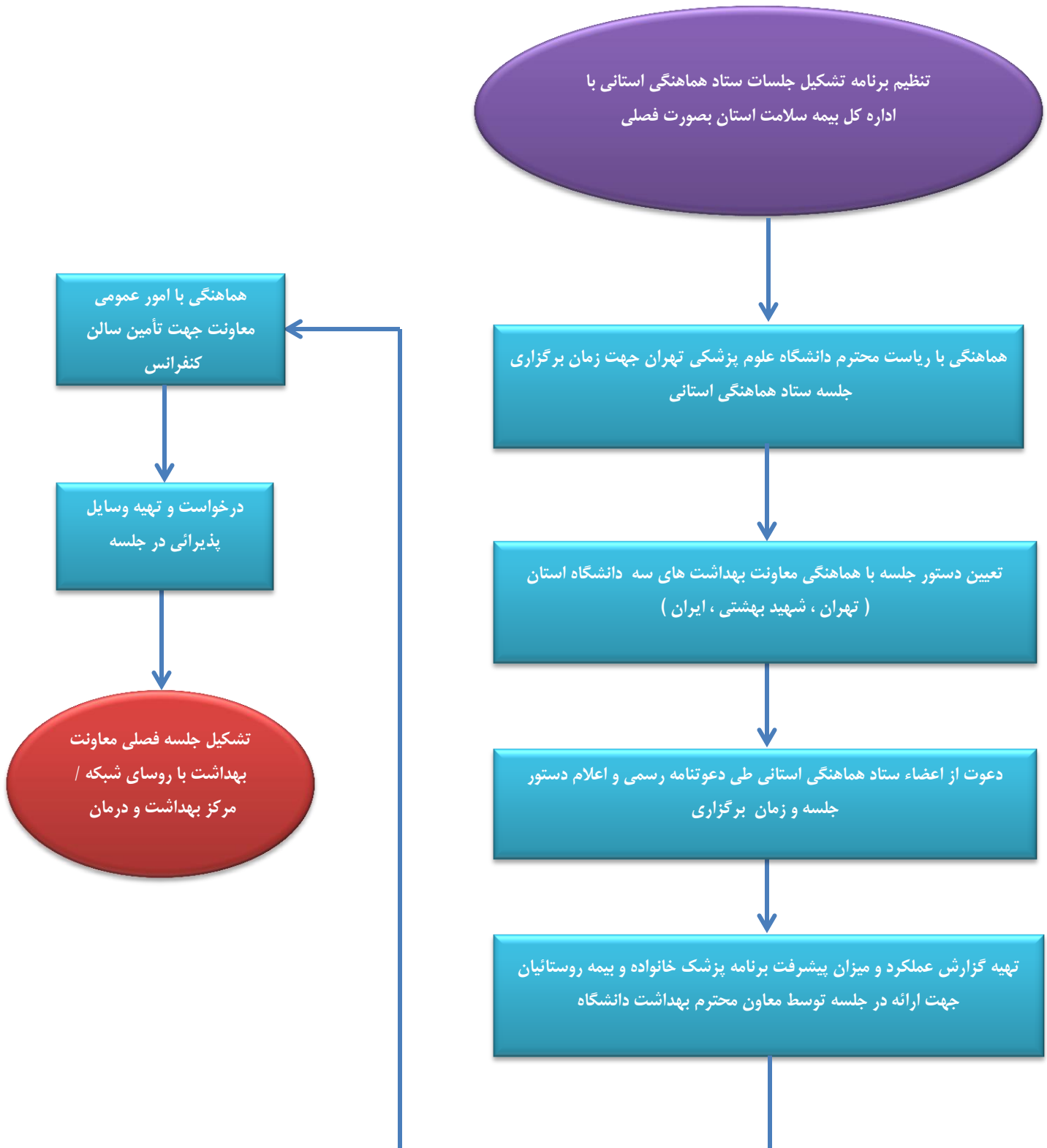
## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

جلسه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان با رؤسای شبکه / مرکز بهداشت و درمان



"فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

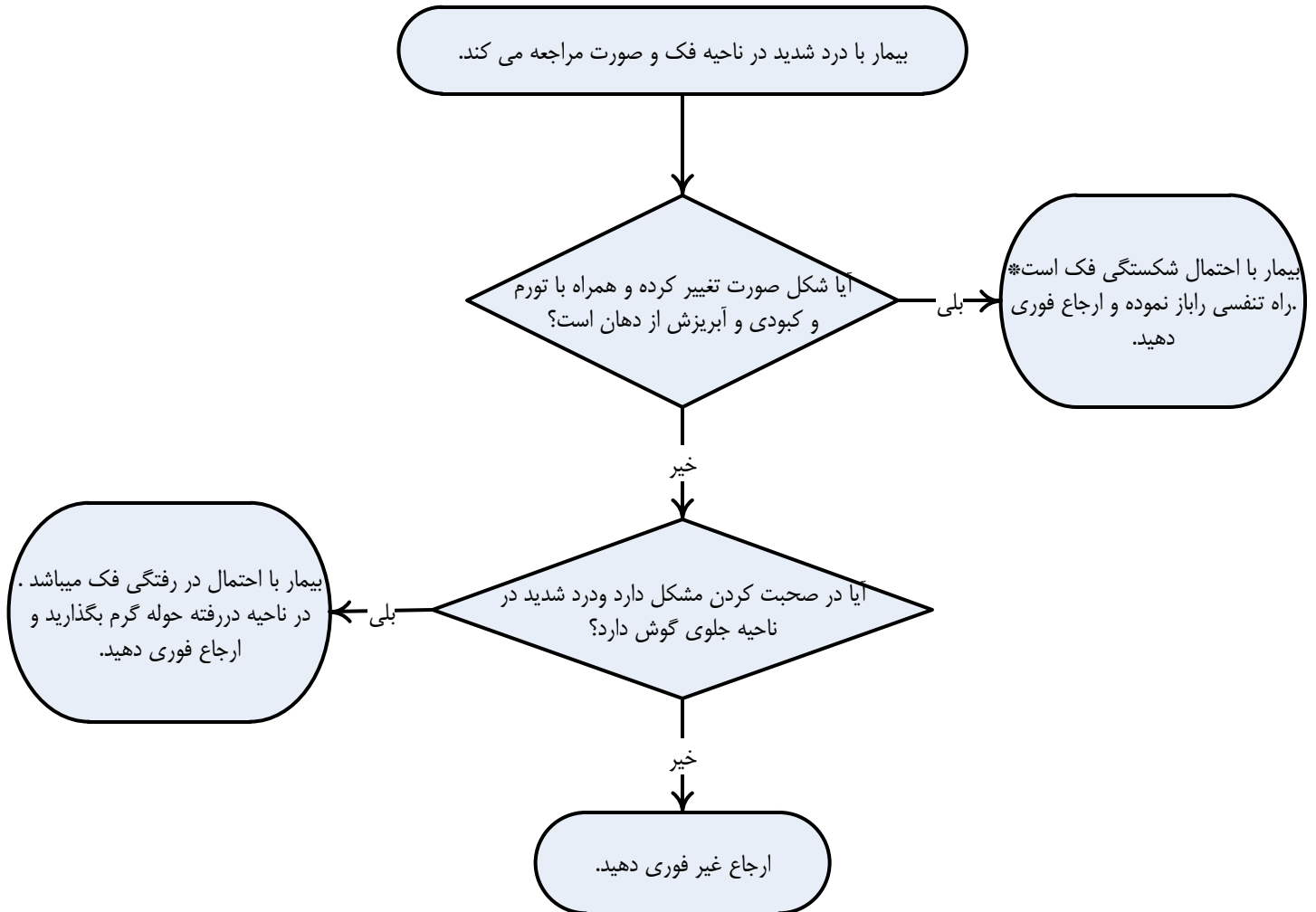
تشکیل جلسه فصلی هماهنگی دانشگاهی با اداره کل بیمه سلامت استان



## "فلوچارت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائیان"

تشکیل جلسه فصلی هماهنگی دانشگاهی با اداره کل بیمه سلامت استان

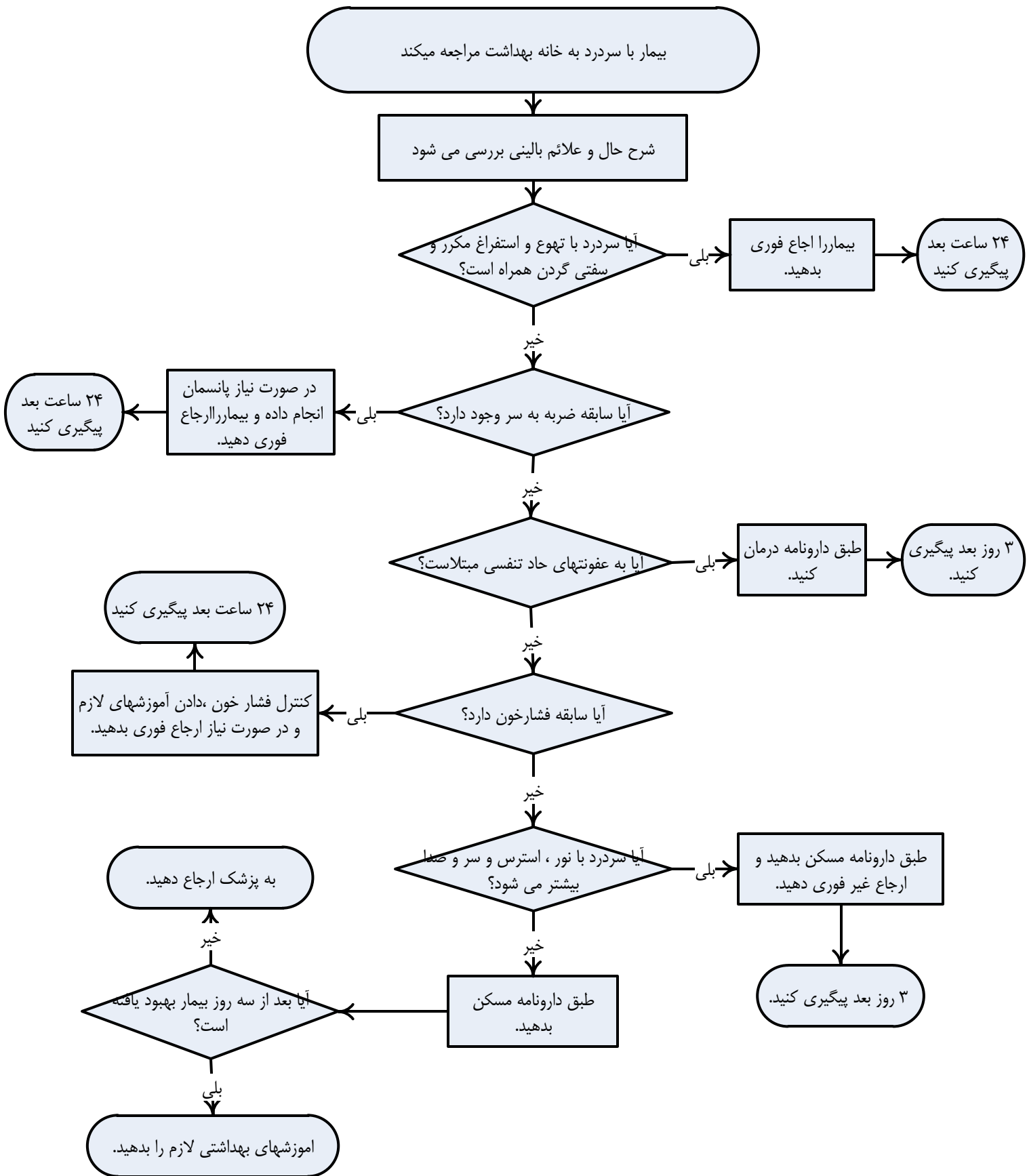




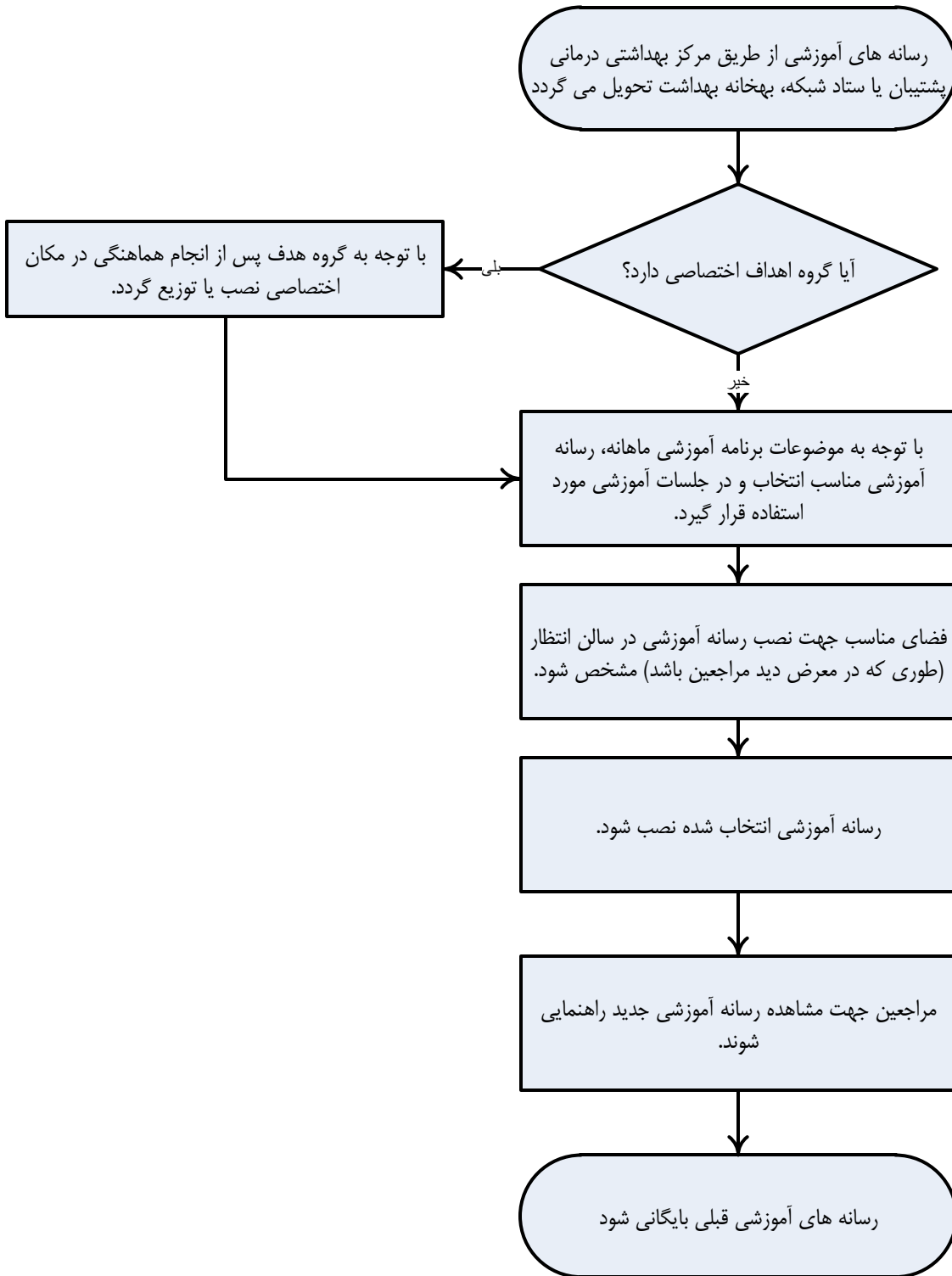
\* برای باز کردن راههای هوایی فقط لازم است بیمار به پهلو خوابانده شود و اقدام دیگری لازم نیست.

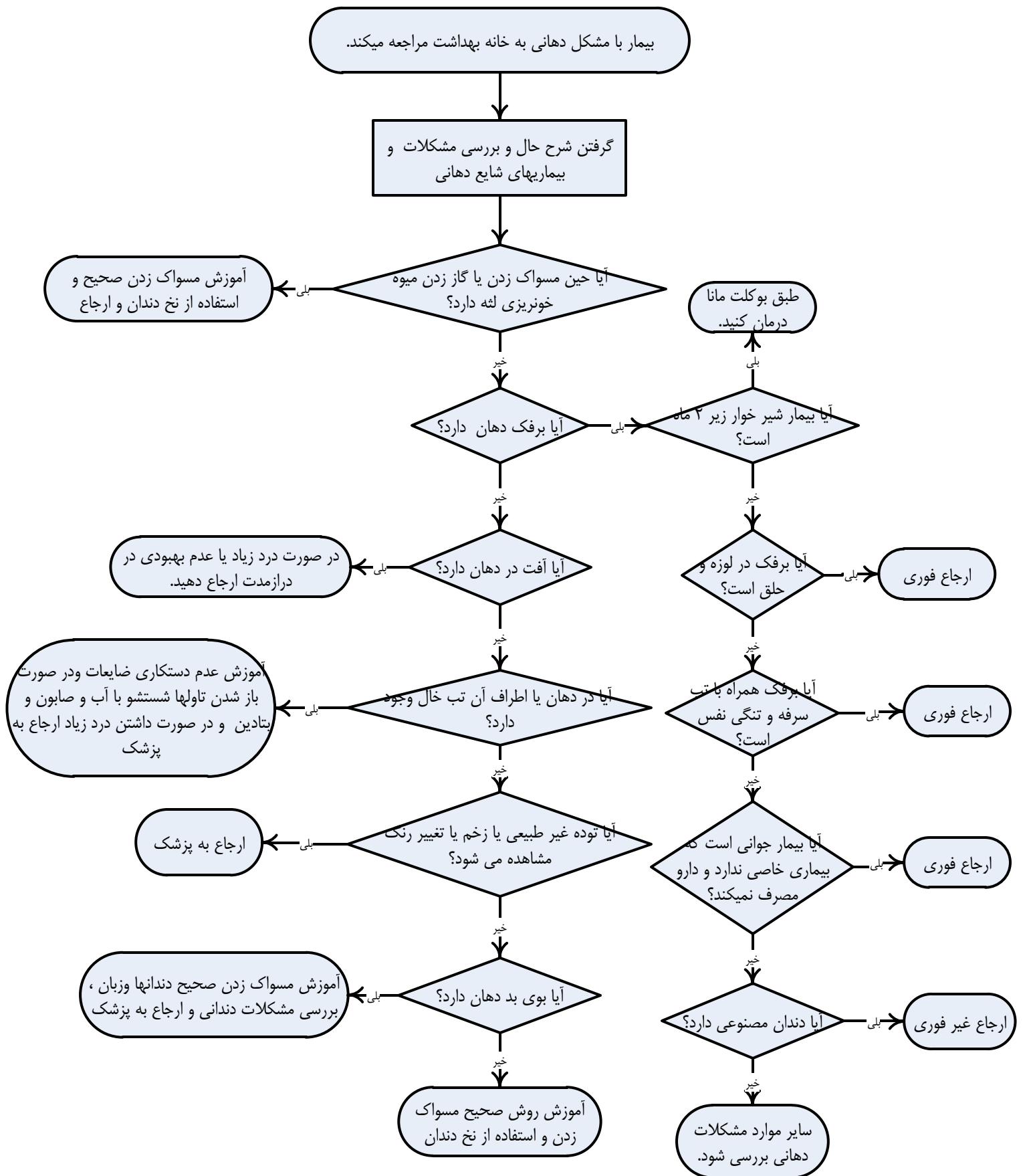
در موارد ارجاع به پزشک ، ضمن پیگیری دستورات پزشک که در فرم ارجاع نوشته است حال بیمار پیگیری و در صورت عدم بهبود مجدداً " به پزشک ارجاع می شود.

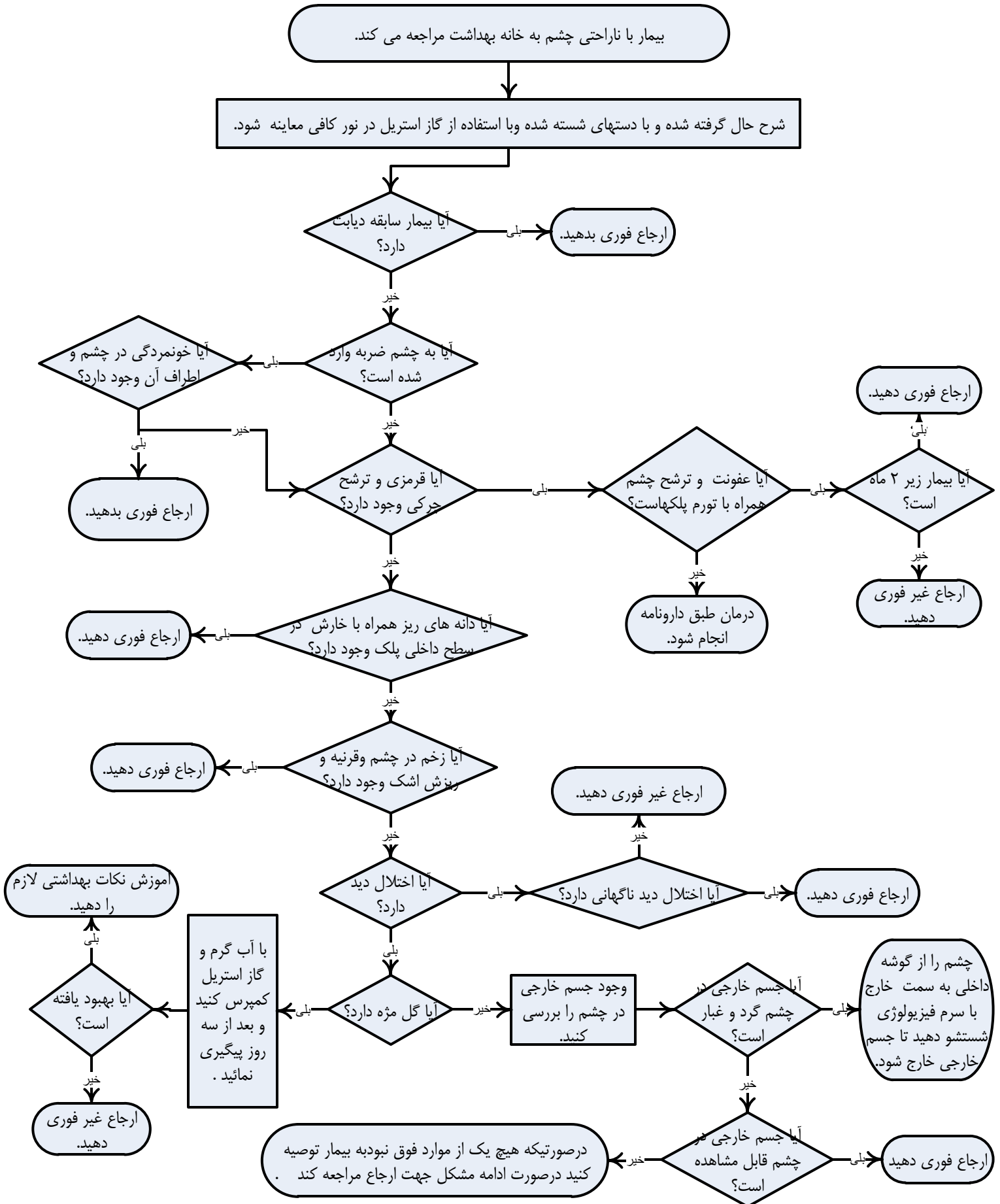


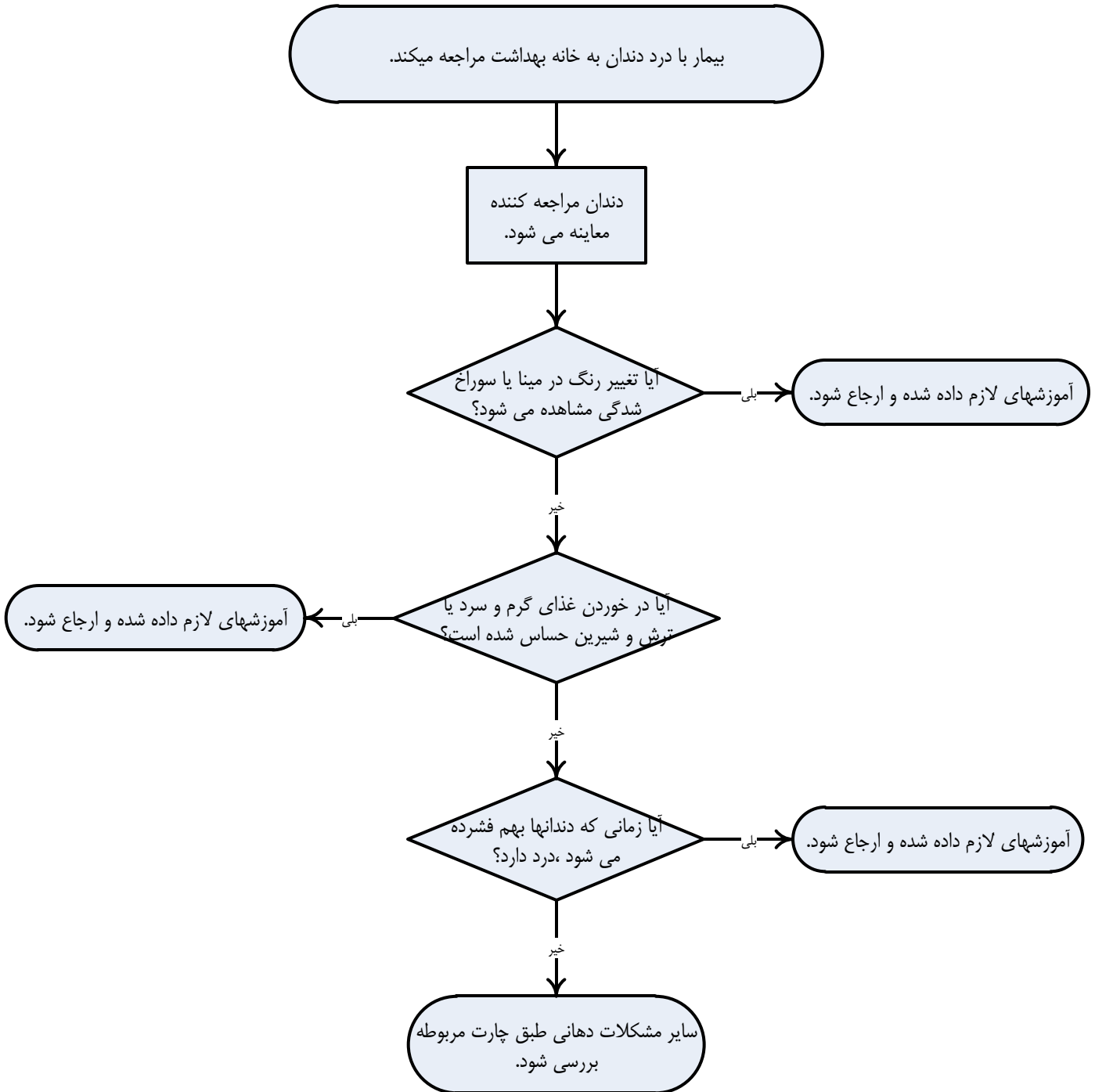


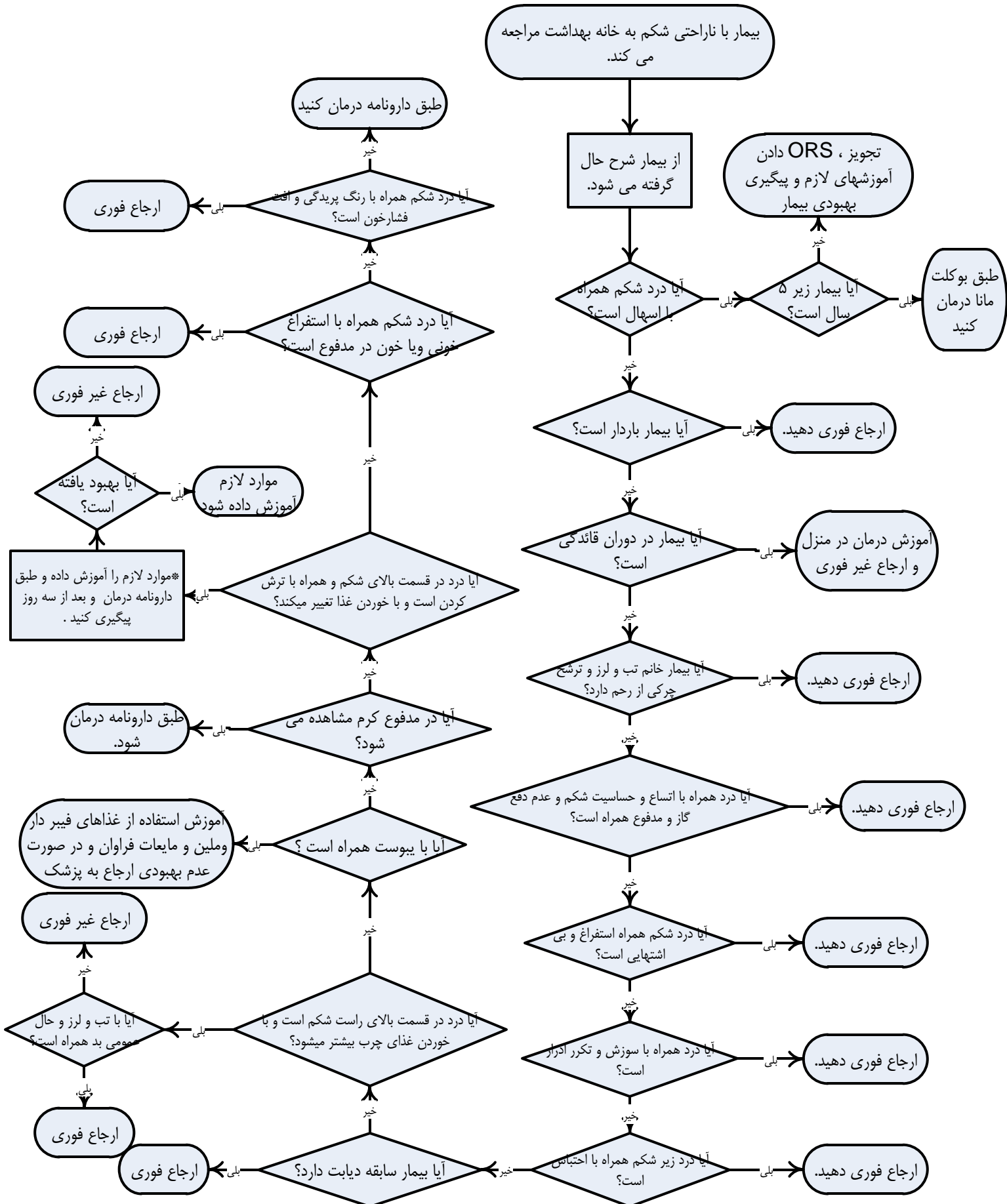






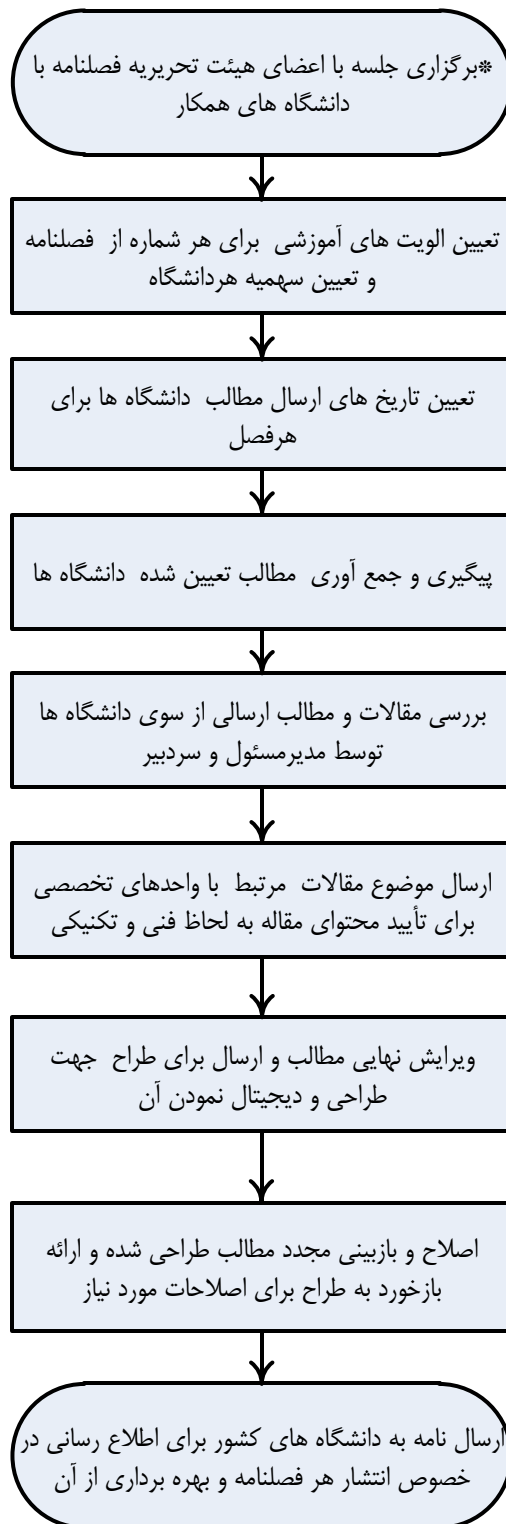






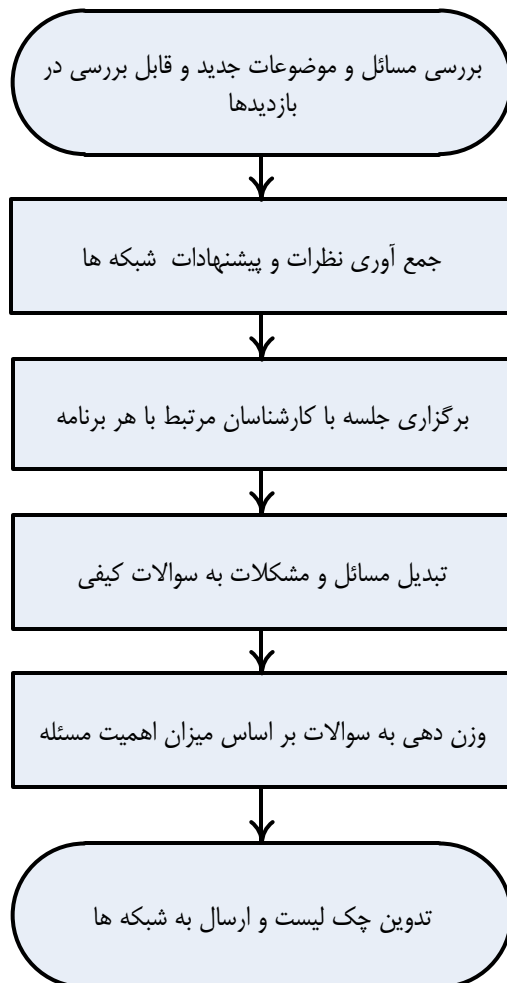
\*پرهیز از خوردن تنقلات بین وعده های غذایی و خوردن غذاهای تند و محرک، پرهیز از خوردن غذاهای پر حجم، نخوردن آب با غذا، و عدم عصبانیت حین غذا خوردن، به موقع غذا خوردن و خوب جویدن

در موارد ارجاع به پزشک، ضمن پیگیری دستورات پزشک که در فرم ارجاع نوشته است حال بیمار پیگیری و در صورت عدم بهبود مجدداً به پزشک ارجاع می شود.

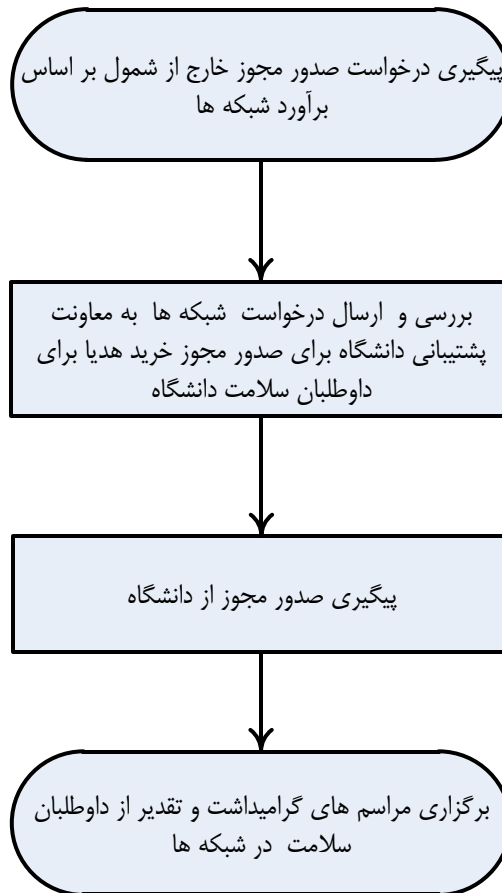




## فرآیند بازنگری چک لیست های ارزشیابی واحدهای تابعه



## فرآیند بزرگداشت روز جهانی داوطلب



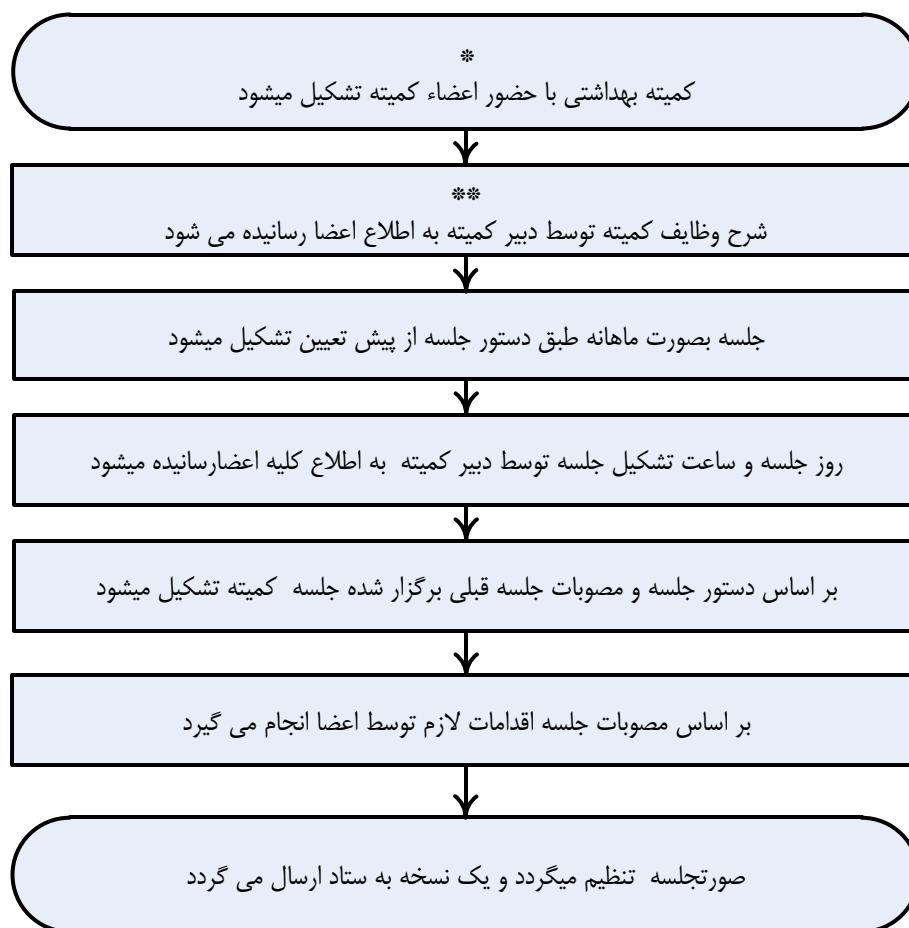
\*شرایط انتخاب: ۱- ساکن در روستای مورد نظر، ۲- توانایی خواندن و نوشتن، ۳- مقبولیت اجتماعی، ۴- کسب رضایت همسر یا ولی، ۵- داشتن وقت و توانایی جهت شرکت در کلاسهای آموزشی و انجام فعالیتهای محوله

\*\*کلیه روستاها در صورت وجود امکانات لازم می توانند تحت پوشش برنامه قرار بگیرند اولویت با: الف- روستاهای قمر- سیاری ب- روستاهای دارای پراکندگی جمعیت و یا جمعیت بالا

\*\*\*مکان آموزشی می تواند مرکز بهداشتی درمانی روستائی - خانه بهداشت - مدرسه و یا هر مکان عمومی قابل استفاده در روستا باشد - آموزش داوطلبان روستائی با استفاده از مجموعه کتابهی آموزشی داوطلبان سلامت بصورت هفتگی برگزار می گردد - آموزش داوطلبان روستائی میتواند توسط کاردان - کارشناس و یا بهورز که دوره آموزش مشارکتی را گذرانده اند انجام شود.

\*\*\*\*شرح انتظارات از داوطلب سلامت روستائی- ۱- حضور مرتب داوطلبان سلامت در کلاسهای آموزش هفتگی، ۲- تحت پوشش قرار دادن حداکثر ۲۰ خانوار - ۳- شناسایی خانوارهای تحت پوشش، ۴- شناسایی گروههای آسیب پذیر در خانوارهای تحت پوشش، ۵- انتقال آموزش به خانوارهای تحت پوشش، ۶- شناسایی مشکلات سلامتی محله و مشارکت در رفع مشکلات سلامتی محله با همکاری خانوارها و واحدهای بهداشتی درمانی و یا سایر ارگانهای ذیربط، ۷- مشارکت داوطلبانه در فعالیتهای بهداشتی و دست جمعی (طرحهای محلی و ملی)

## فرآیند تشکیل کمیته های بهداشتی



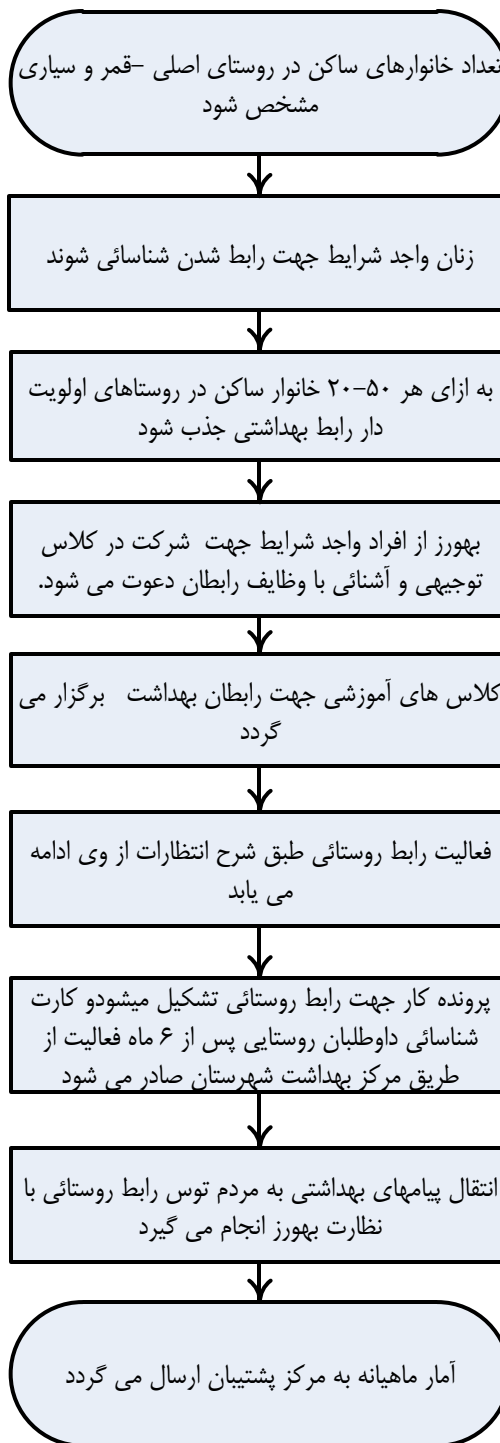
\*اعضاء کمیته بهداشتی: ۱-مسئول مرکز بهداشتی درمانی (رئیس کمیته) - ۲-مسئول رابطان مرکز بهداشتی درمانی (دبیر کمیته) - ۳-نماینده مرکز بهداشتی درمانی (عضو) - ۴-مسئول فعالیتهای بهداشت محیط مرکز بهداشتی درمانی (عضو) - ۵-مسئول امور عمومی مرکز بهداشتی درمانی (عضو) - ۶-نماینده مرکز بهداشت شهرستان (عضو)  
\*\*شرح وظایف کمیته:

الف) اجرای برنامه رابطان بهداشت: ۱-محتوی آموزشی و نحوه آموزش رابطان ۲- گروهبندی رابطان برای تشکیل کلاسهای آموزشی ۳- ارزیابی فعالیتهای رابطان ۴- اجرای برنامه های جدید ۵- اجرای برنامه های فوق برنامه ۶- انعکاس نظرات رابطان در مورد نحوه تدریس ۷- برنامه ریزی در مورد خانوارهای بدون رابط ۸- برنامه ریزی در مورد فعال کردن رابطان غیر فعال ۹- برنامه ریزی جهت راهنمایی خانواده هایی که بنحوی در اجرای برنامه های بهداشتی همکاری نمی کنند

ب) امور جاری مرکز بهداشتی درمانی: ۱- بررسی مشکلات مربوط به گردش کار مرکز بهداشتی درمانی ۲- بررسی نحوه ارائه خدمات مرکز بهداشتی درمانی (ارائه راه حلهایی در جهت بهبود کیفیت خدمات) ۳- رسیدگی به نیازهای تجهیزاتی و تدارکاتی مرکز بهداشتی درمانی ۴- بررسی وضعیت پوشش آماری مراقبتهای بهداشتی مرکز در جمعیت تحت پوشش بصورت ماهانه  
ج) هماهنگی بین بخشی: ۱- بررسی نیازها و مشکلات منطقه در ابعاد بهسازی محیط - مسائل فرهنگی اجتماعی و ... ۲- تعیین چگونگی برقراری ارتباط با سایر ارگانها و شخصیتها در زمینه بهبود وضعیت محله ۴- پیگیری اقدامات انجام شده

تبصره: ۱- جلسات حداقل با نصف بعلاوه یک نفر از اعضا کمیته به شرط حضور نماینده رابطان -مسئول رابطان مرکز بهداشتی درمانی و نماینده مرکز بهداشت شهرستان تشکیل می شود در صورت حاضر نبودن رئیس کمیته در جلسه مسئول رابطان ریاست جلسه را با حفظ سمت بعهده می گیرد ۲- در صورتیکه رئیس و مسئول امور عمومی یک نفر باشد حضور پزشک مرکز بهداشتی به عنوان عضو کمیته الزامی است ۳- در صورتیکه مرکز بهداشتی درمانی فاقد کاردان بهداشت محیط ثابت است ۴- ارسال کلیه صورتجلسات به مرکز بهداشت شهرستان الزامی است و مسئول رابطان بهداشت مسئولیت پیگیری صورتجلسات و ارائه پس خوراند به مرکز بهداشتی درمانی را عهده دار خواهد بود ۵-نماینده رابطان به انتخاب رابطان و موافقت مسئول رابطان مرکز بهداشتی به مدت یکسال در کمیته فعالیت خواهد داشت ۶-فاصله تشکیل جلسات حداکثر ماهانه یکبار است و در صورت لزوم به تشخیص رئیس کمیته میتوان جلسات را با فواصل کوتاهتر نیز تشکیل داد ۷-ابلاغ کلیه اعضا کمیته (رئیس -دبیر و اعضا) با پیشنهاد مسئول رابطان شهرستان و امضا رئیس مرکز بهداشت شهرستان صادر می شود

## فرآیند جذب داوطلب روستایی



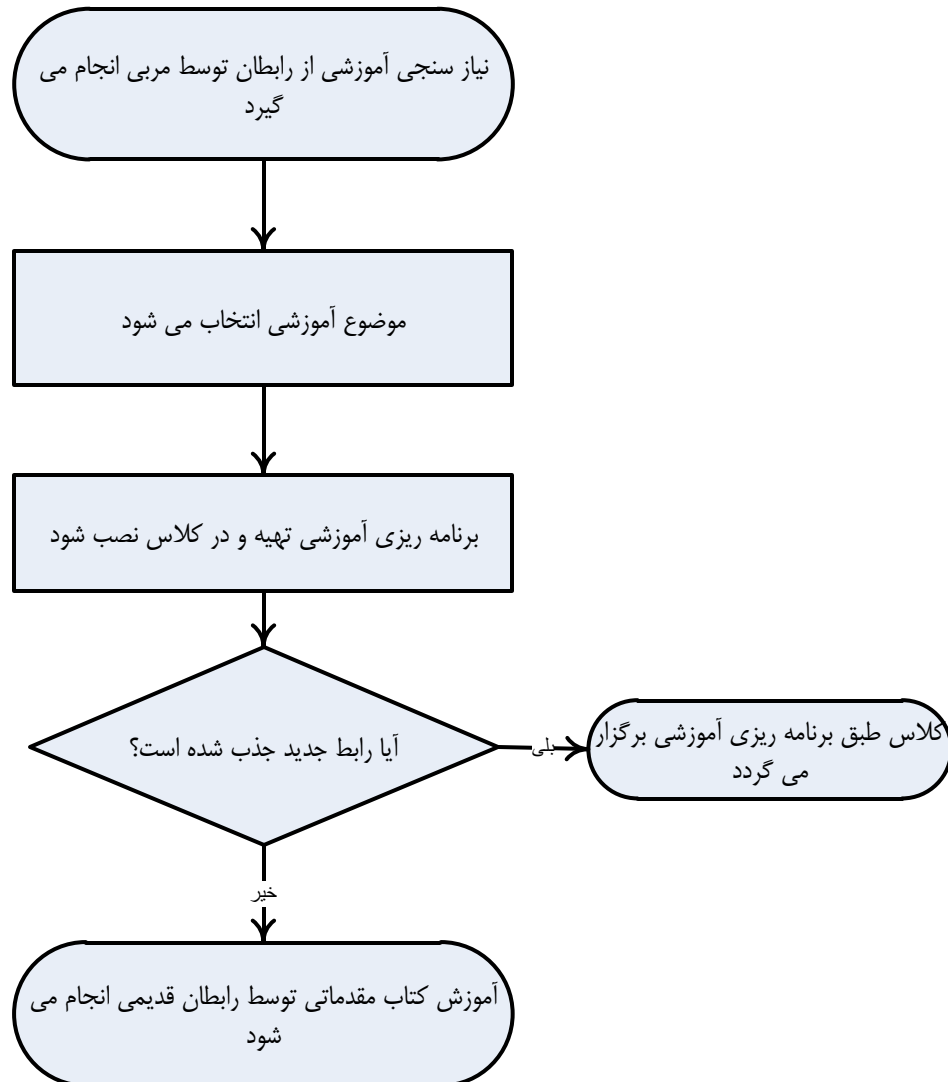
\*شرایط انتخاب : ۱- ساکن در روستای مورد نظر - ۲- توانایی خواندن و نوشتن - ۳- مقبولیت اجتماعی - ۴- کسب رضایت همسر یا ولی - ۵- داشتن وقت و توانایی جهت شرکت در کلاسهای آموزشی و انجام فعالیتهای محوله

\*\*کلیه روستاها در صورت وجود امکانات لازم می توانند تحت پوشش برنامه قرار بگیرند اولویت با: الف- روستاهای قمر - سیاری ب- روستاهای دارای پراکندگی جمعیت و یا جمعیت بالا

\*\*\* مکان آموزشی می تواند مرکز بهداشتی درمانی روستائی - خانه بهداشت - مدرسه و یا هر مکان عمومی قابل استفاده در روستا باشد - آموزش داوطلبان روستائی با استفاده از مجموعه کتابهی آموزشی داوطلبان سلامت بصورت هفتگی برگزار می گردد - آموزش داوطلبان روستائی میتواند توسط کاردان - کارشناس و یا بهبودز که دوره آموزش مشارکتی را گذرانده اند انجام شود.

\*\*\*\* شرح انتظارات از داوطلب سلامت روستائی: ۱- حضور مرتب داوطلبان سلامت در کلاسهای آموزش هفتگی - ۲- تحت پوشش قرار دادن حداکثر ۲۰ خانوار - ۳- شناسایی خانوارهای تحت پوشش - ۴- شناسایی گروههای آسیب پذیر در خانوارهای تحت پوشش - ۵- انتقال آموزش به خانوارهای تحت پوشش - ۶- شناسایی مشکلات سلامتی محله و مشارکت در رفع مشکلات سلامتی محله با همکاری خانوارها و واحدهای بهداشتی درمانی و یا سایر ارگانهای ذیربط - ۷- مشارکت داوطلبانه در فعالیتهای بهداشتی و دست جمعی (طرحهای محلی و ملی)

## فرآیند نیازسنجی آموزشی



## فرآیند جذب داوطلب متخصص



## فرآیند جذب داوطلب شهری



\* شرایط انتخاب :- ۱- ساکن در روستای مورد نظر- ۲- توانایی خواندن و نوشتن - ۳- مقبولیت اجتماعی- ۴- کسب رضایت همسر یا ولی - ۵- داشتن وقت و توانایی جهت شرکت در کلاسهای آموزشی و انجام فعالیتهای محوله

\*\* کلیه روستاها در صورت وجود امکانات لازم می توانند تحت پوشش برنامه قرار بگیرند اولویت با: الف- روستاهای قمر - سیاری ب- روستاهای دارای پراکندگی جمعیت و یا جمعیت بالا

\*\*\* مکان آموزشی می تواند مرکز بهداشتی درمانی شهری - پایگاه بهداشت - مدرسه و یا هر مکان عمومی قابل استفاده در منطقه باشد - آموزش داوطلبان شهری با استفاده از مجموعه کتاب های آموزشی داوطلبان سلامت بصورت هفتگی برگزار می گردد - آموزش داوطلبان شهری میتواند توسط کاردان و یاکارشناس بهداشتی که دوره آموزش مشارکتی را گذرانده اند انجام شود .

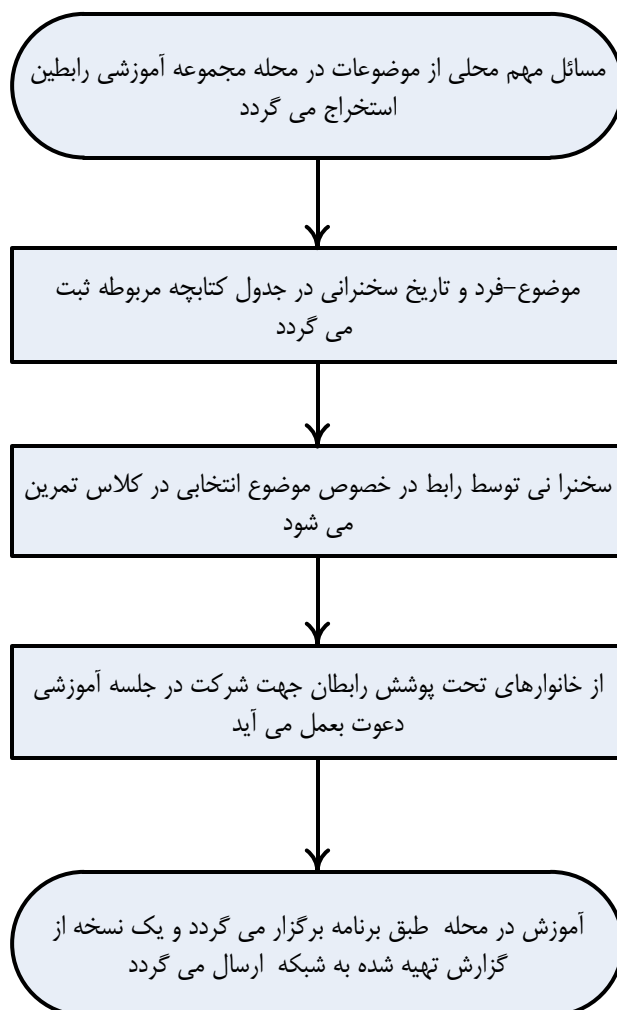
\*\*\*\* شرح انتظارات از داوطلب سلامت شهری: ۱- حضور مرتب داوطلبان سلامت در کلاس های آموزش هفتگی ۲- تحت پوشش قرار دادن حداکثر ۵۰ خانوار ۳- شناسایی خانوارهای تحت پوشش ۴- شناسایی گروه های آسیب پذیر در خانوارهای تحت پوشش ۵- انتقال آموزش به خانوارهای تحت پوشش ۶- شناسایی مشکلات سلامتی محله و مشارکت در رفع مشکلات سلامتی محله با همکاری خانوارها و واحدهای بهداشتی درمانی و یا سایر ارگانهای مربوطه ۷- مشارکت داوطلبانه در فعالیتهای بهداشتی و گروهی ( طرح های محلی و ملی

## فرآیند آموزش مهارت های عملی رابطان

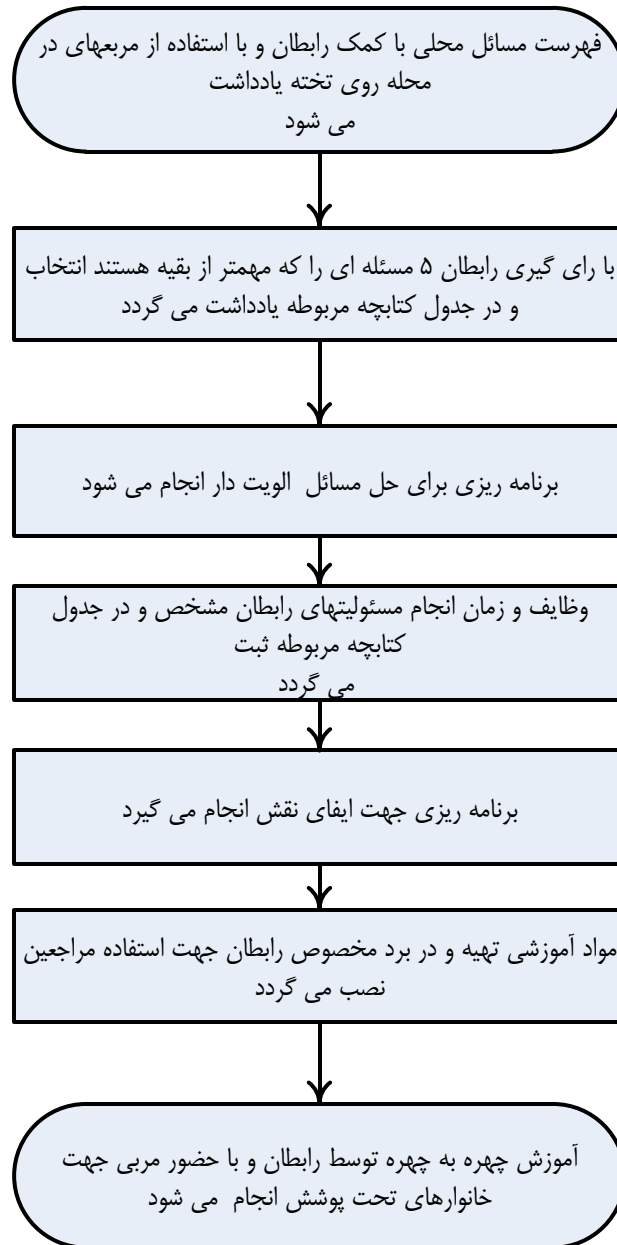




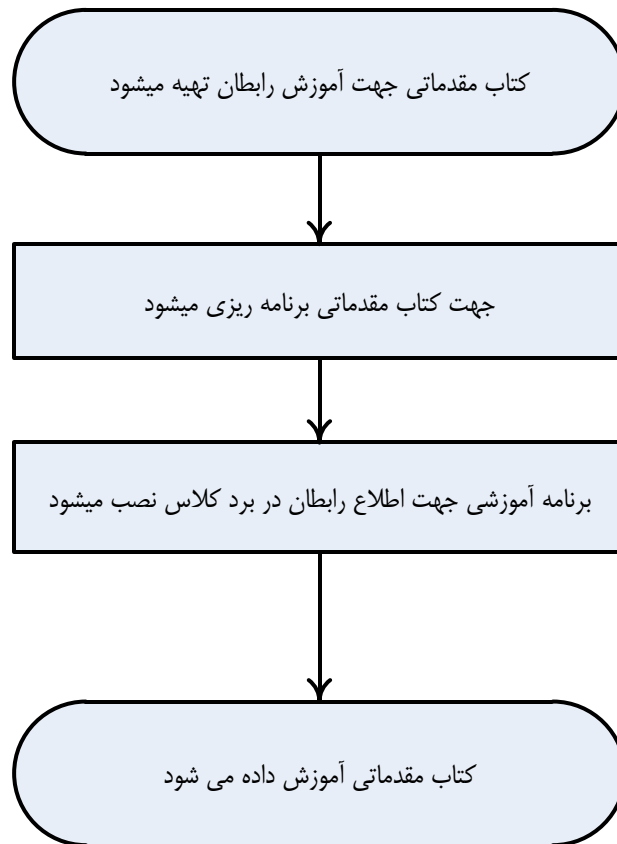
## فرآیند آموزش در محله



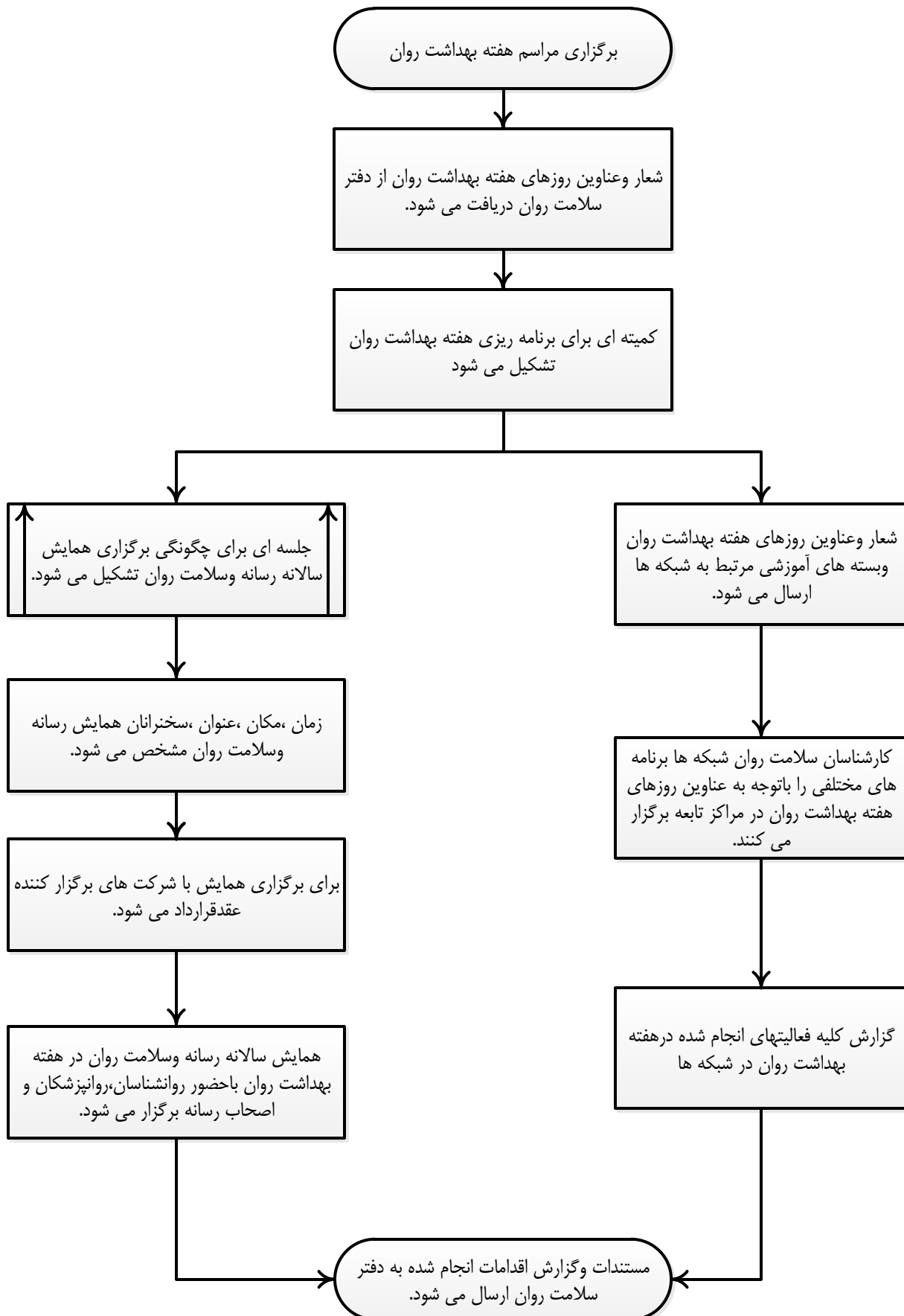
## فرآیند انتقال پیام به مردم



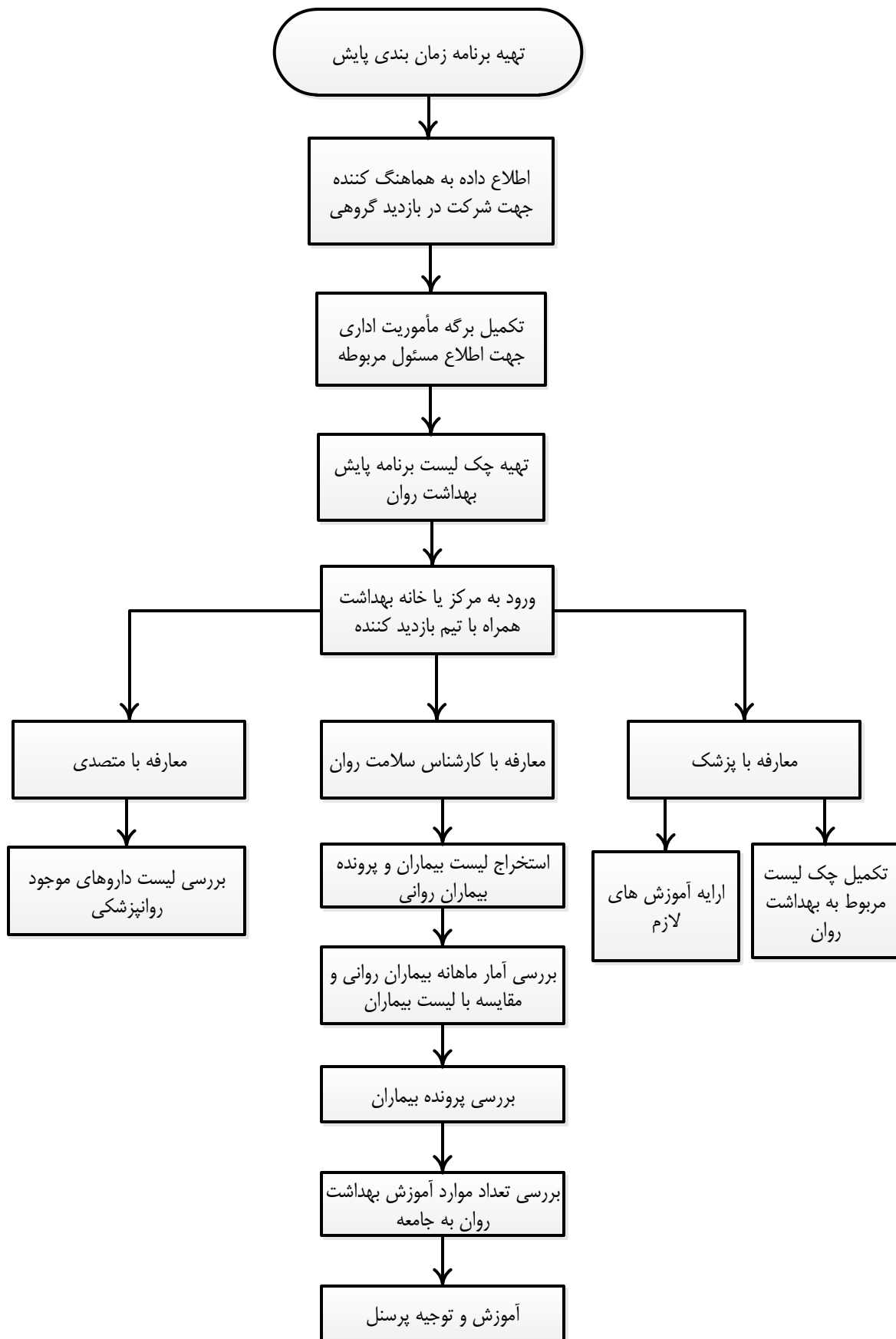
## فرآیند برگزاری دوره مقدماتی رابطان سلامت



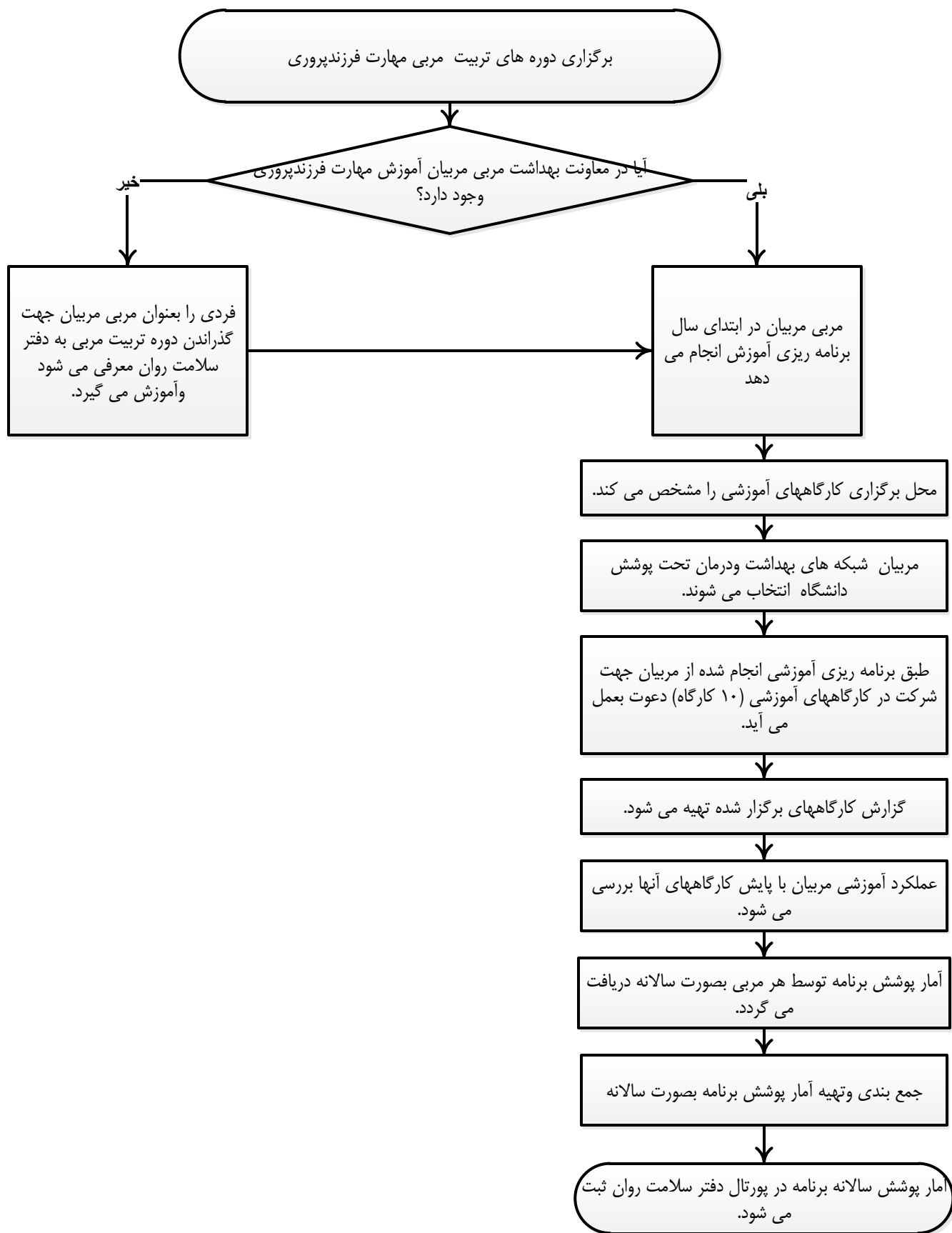
## فرآیند برگزاری مراسم هفته بهداشت روان



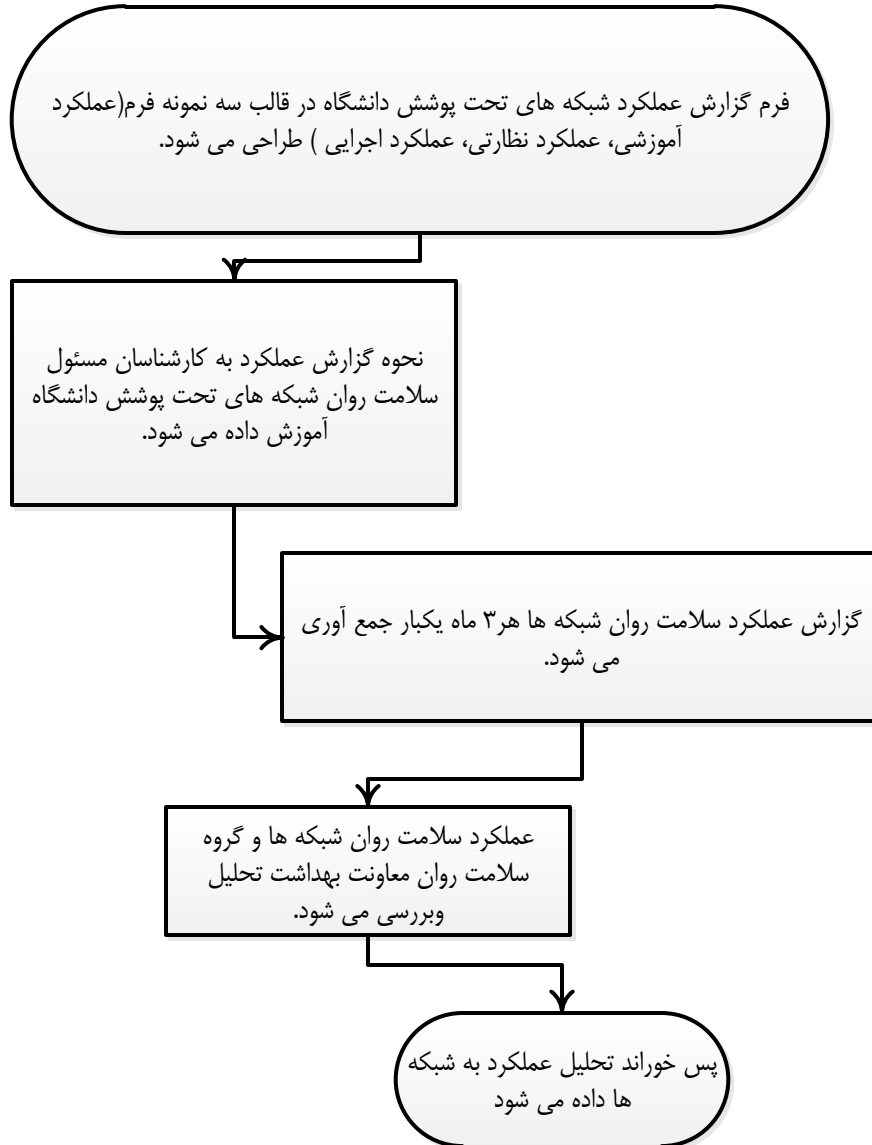
## فرآیند پایش برنامه های سلامت روان



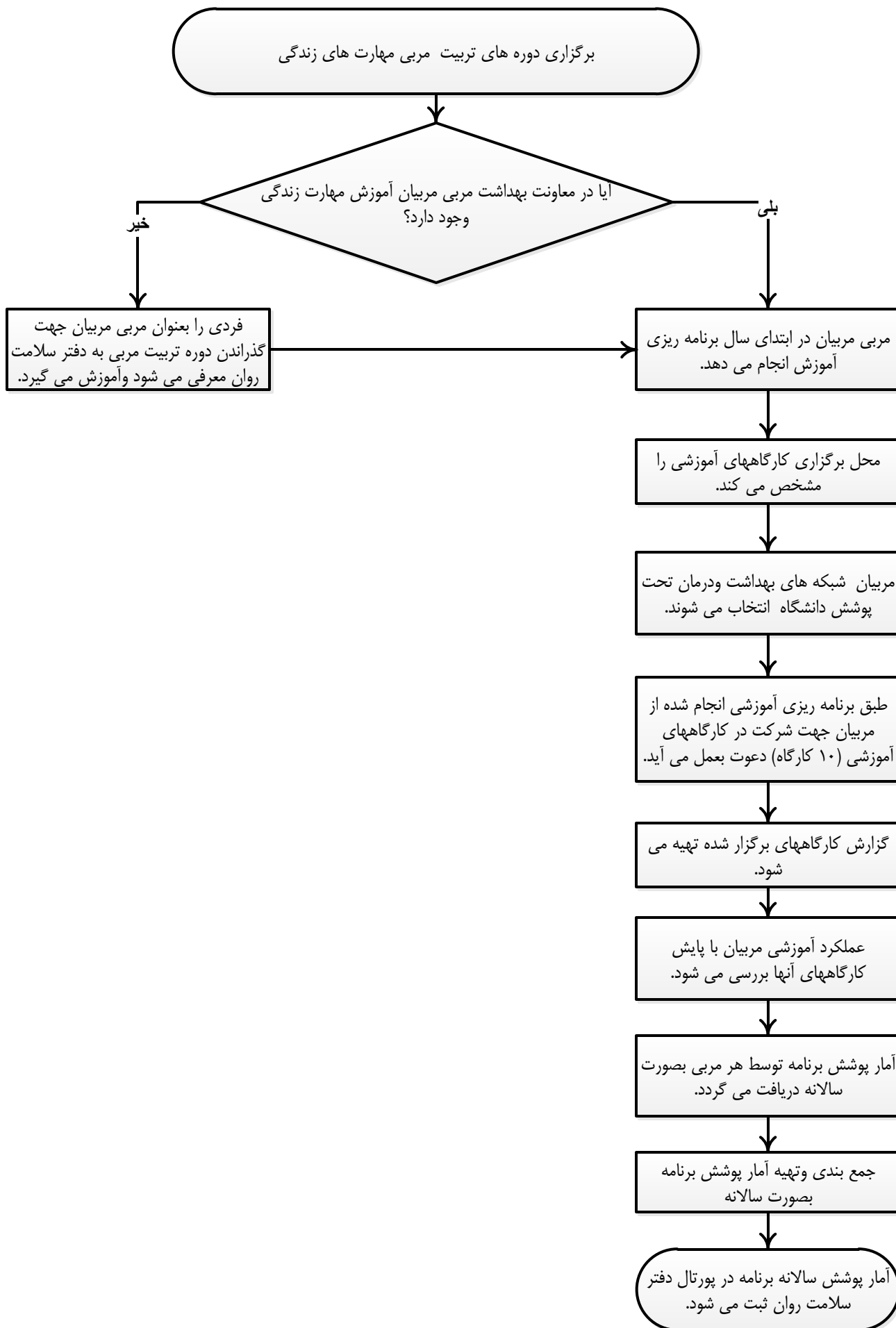
## فرآیند برنامه آموزش مهارت فرزندپروری



## فلوچارت تحلیل و جمع آوری عملکرد سلامت روان

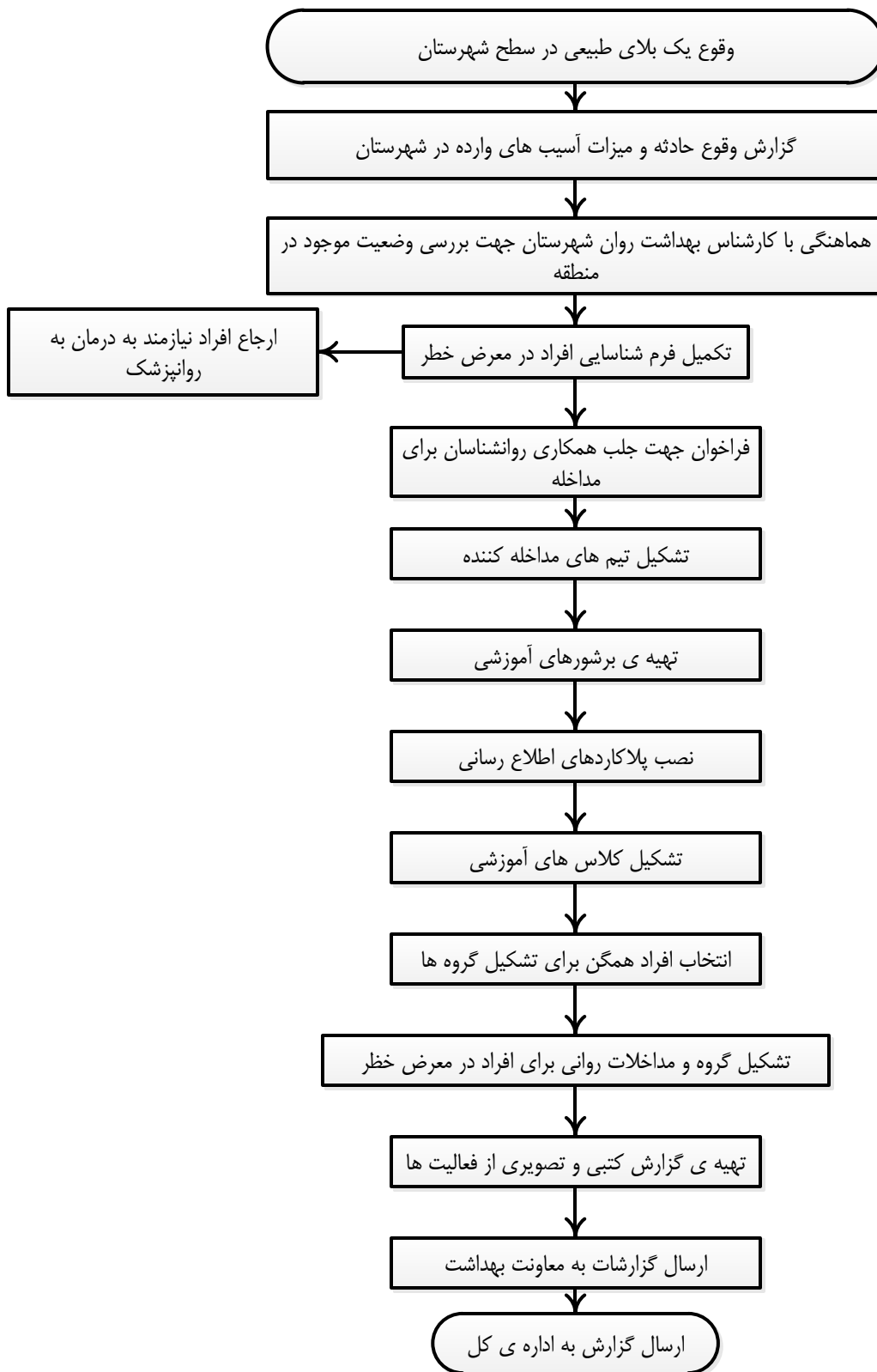


## فلوچارت برنامه آموزش مهارت های زندگی

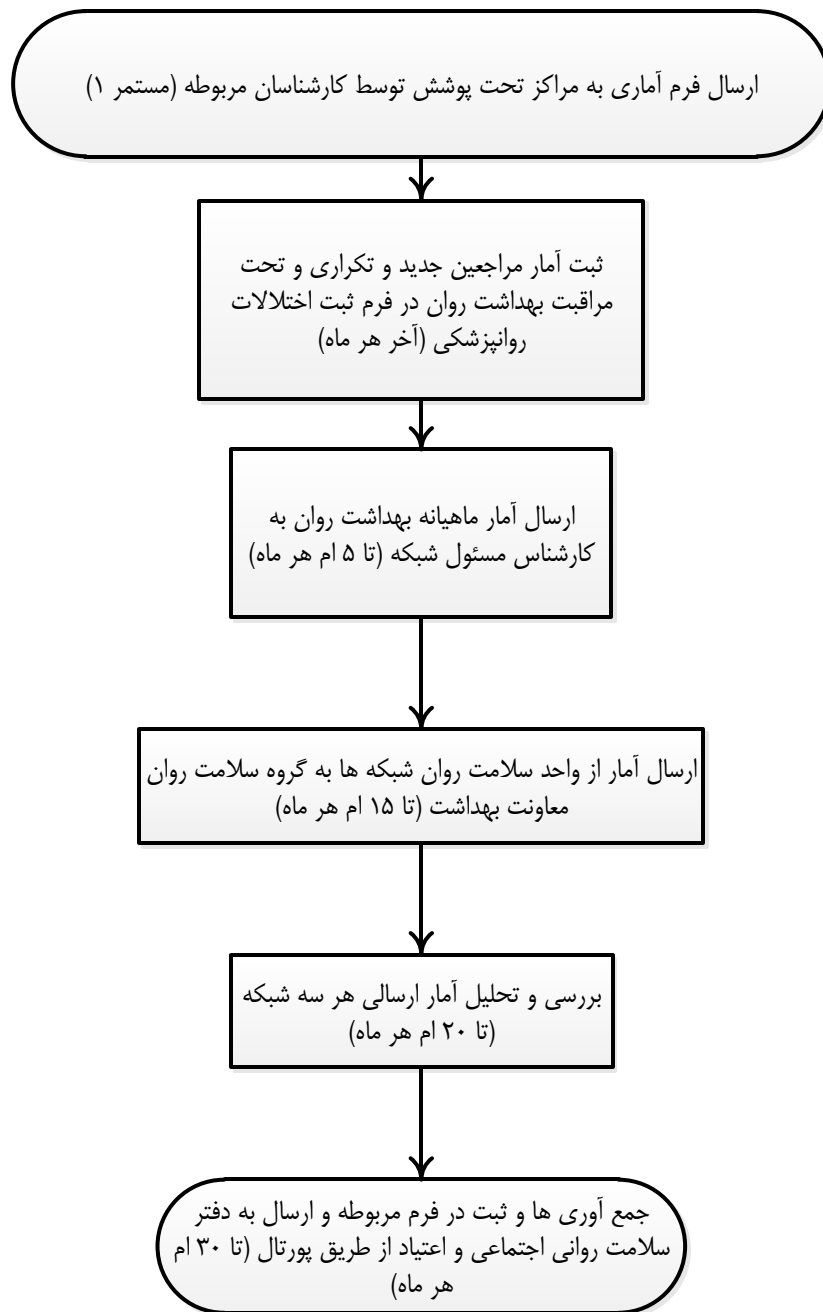




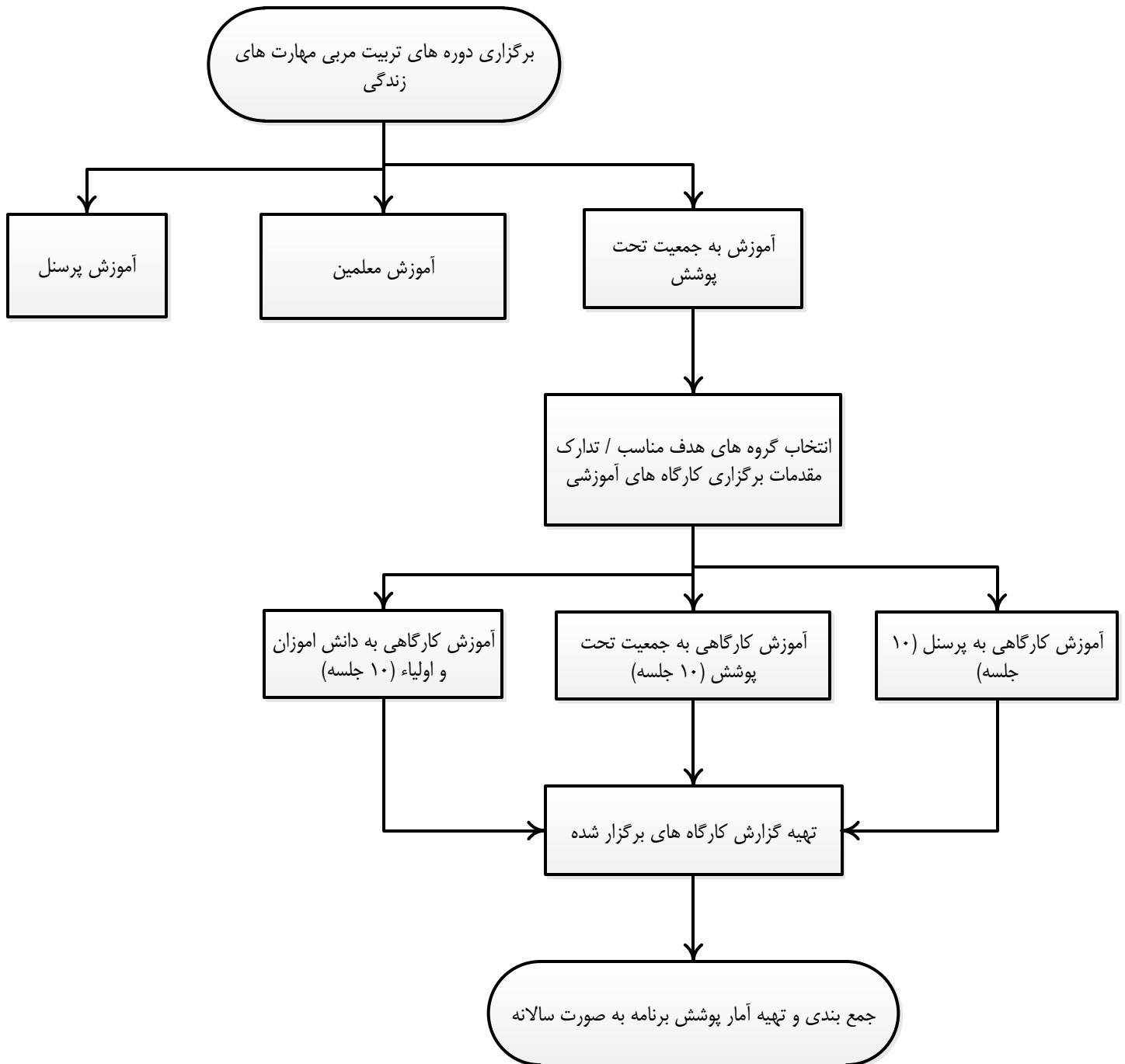
## فرآیند مداخلات روانی در زمان وقوع بلایای طبیعی



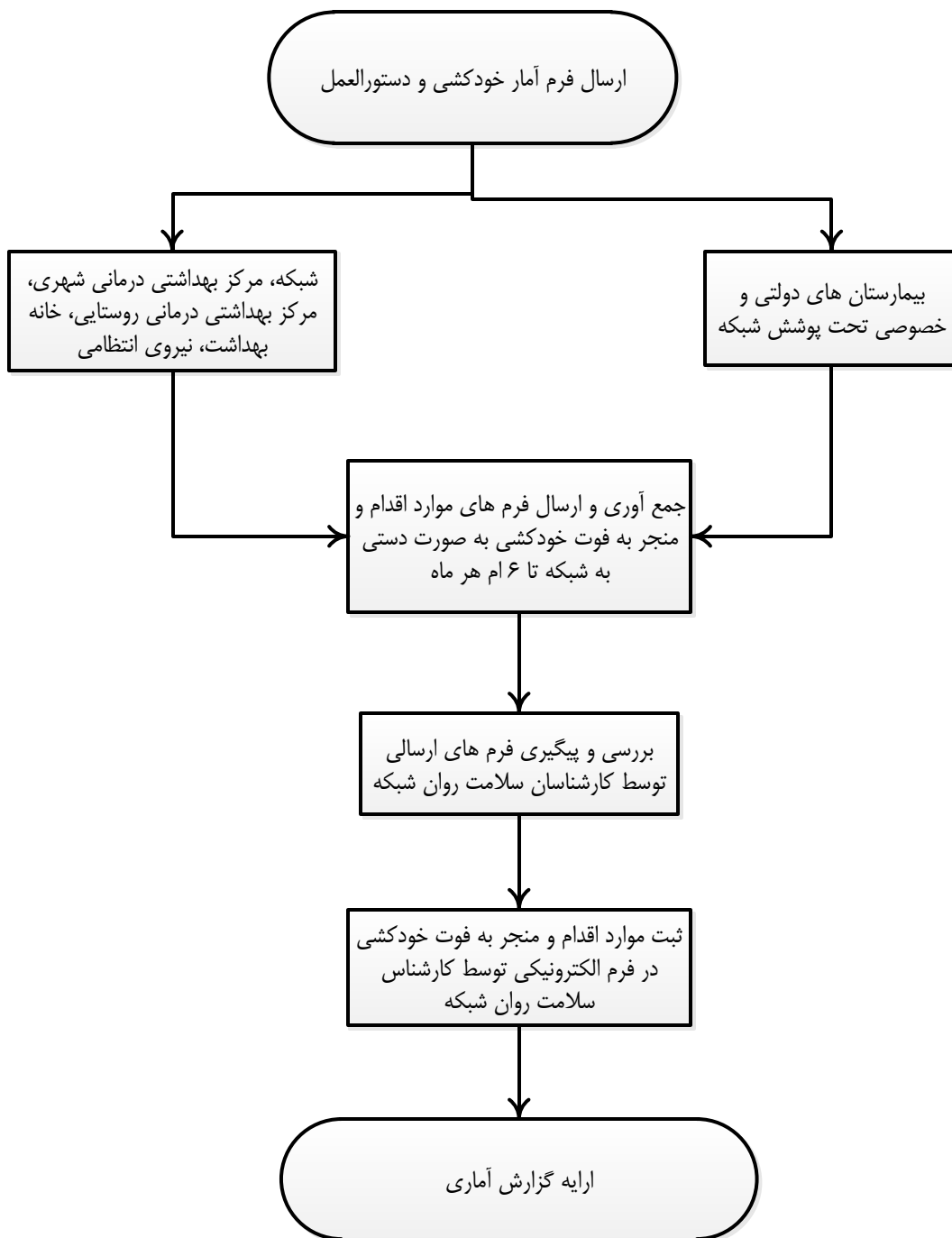
## فرآیند جمع آوری و بررسی آمار ثبت اختلالات روانپزشکی



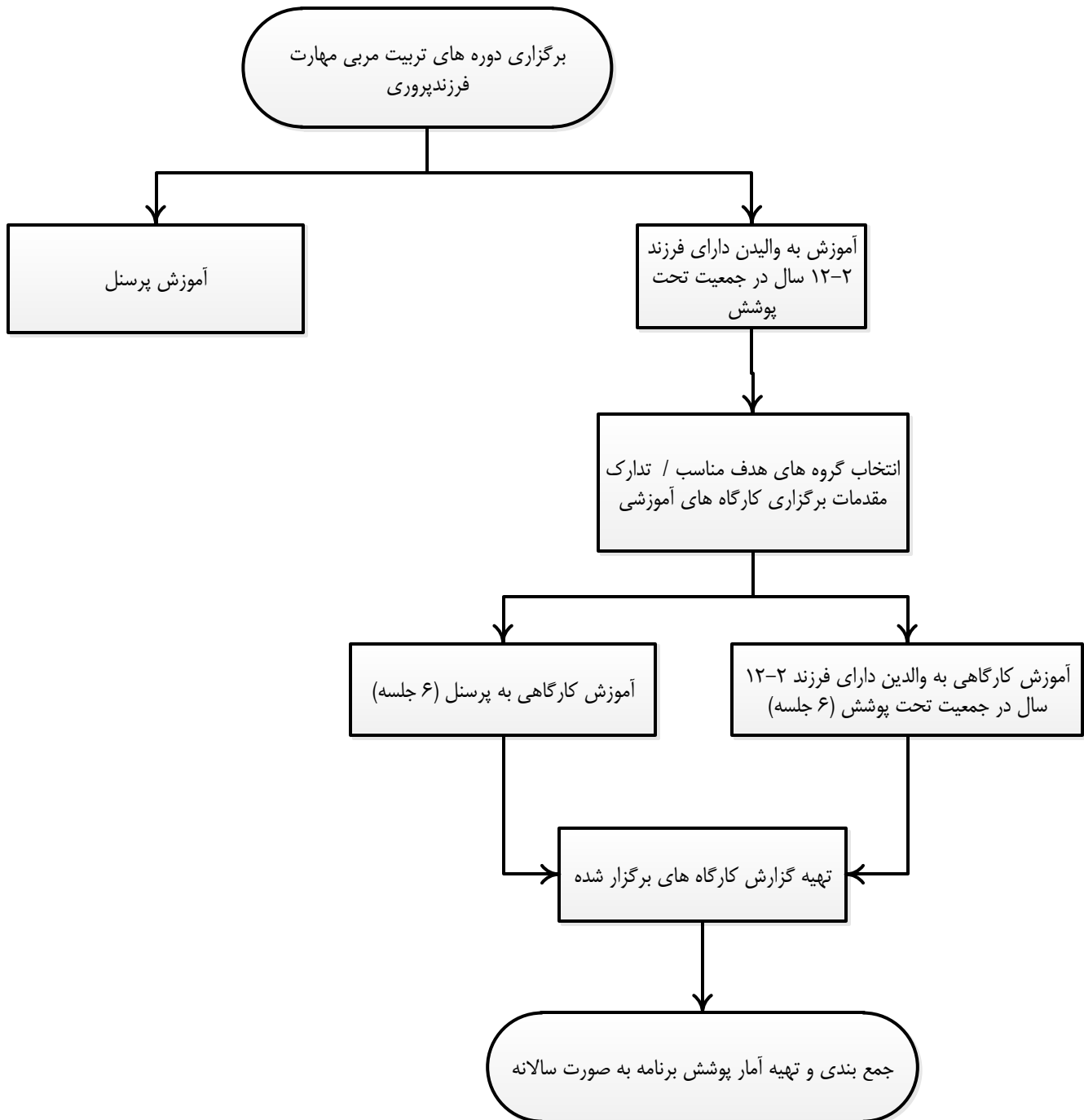
## فرآیند برنامه آموزش مهارت های زندگی



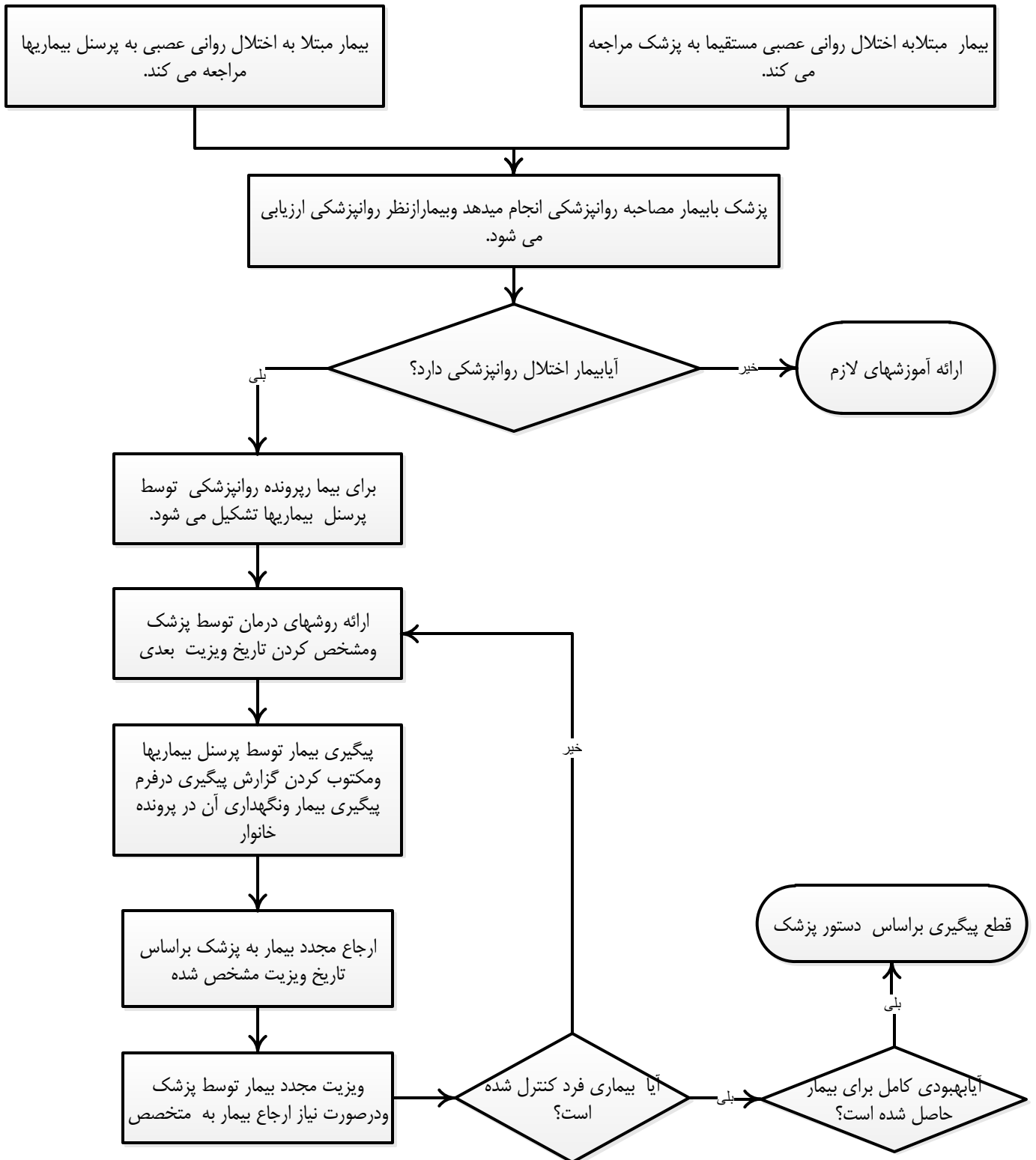
## ثبت هماهنگ آمار خودکشی



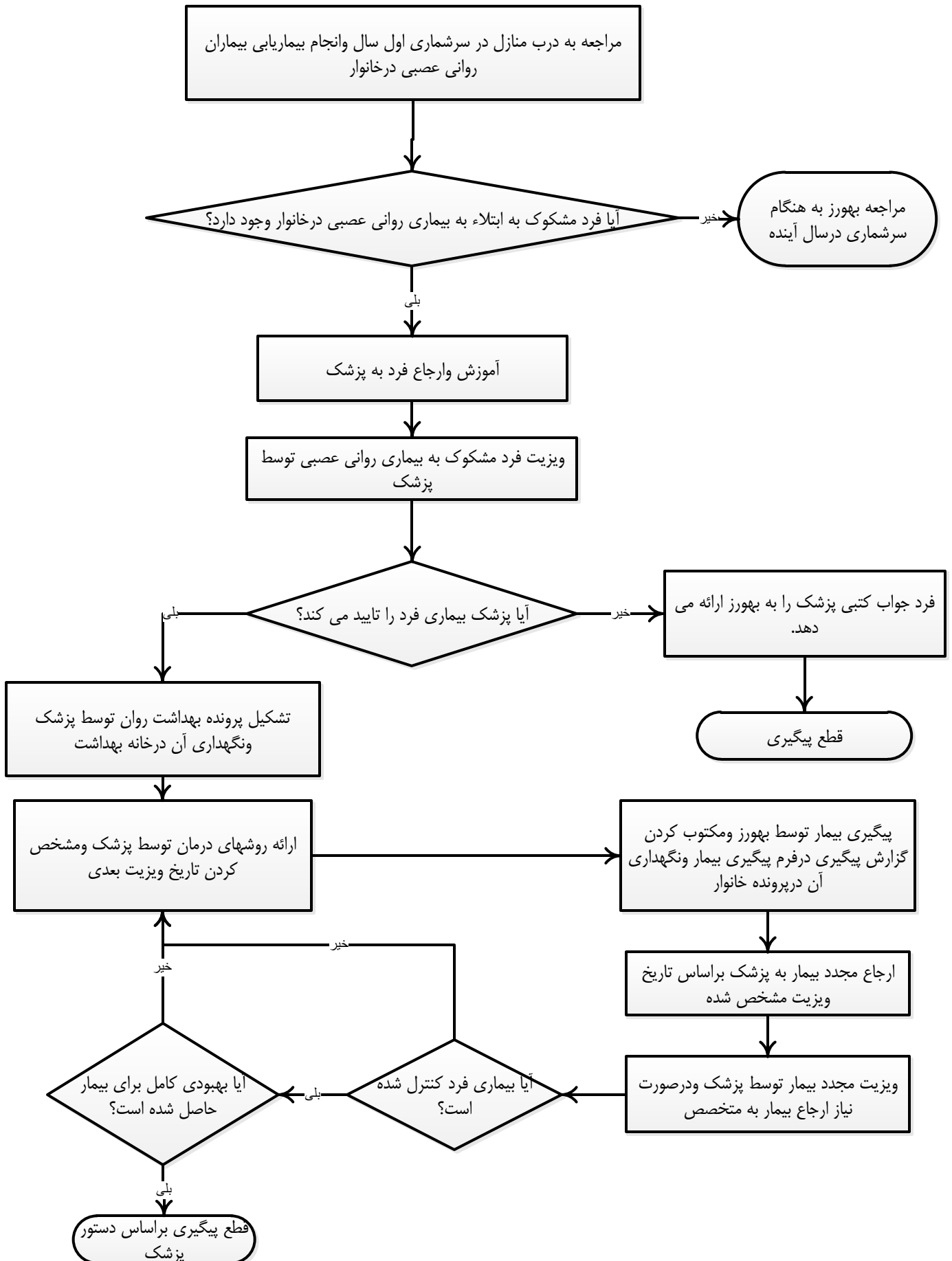
## فرآیند برنامه آموزش مهارت فرزندپروری



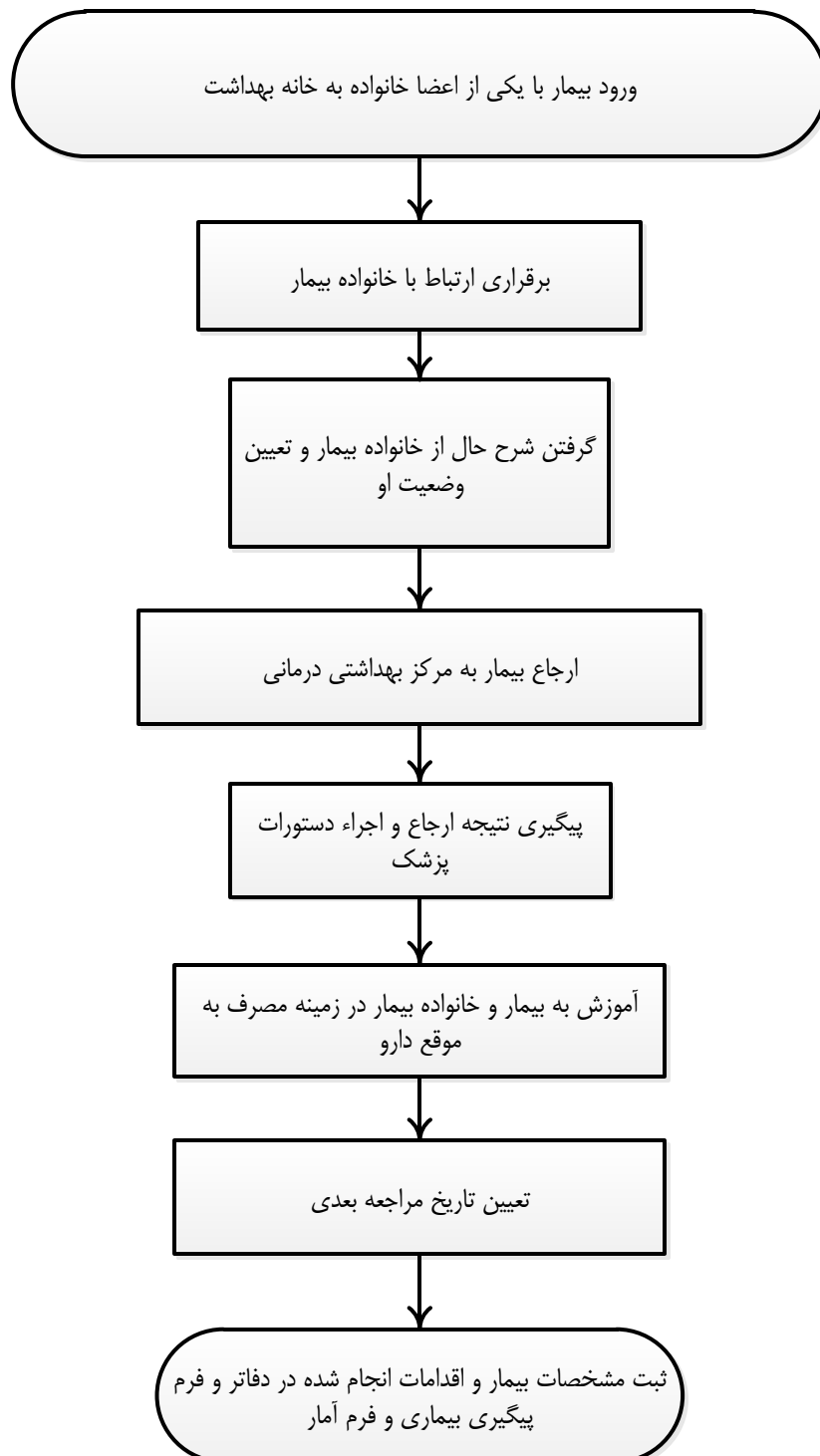
## فلو چارت ارجاع و مراقبت از بیماران روان و اعصاب در مراکز شهری و روستایی



# فرآیند سلامت روان اجرایی توسط بهورز

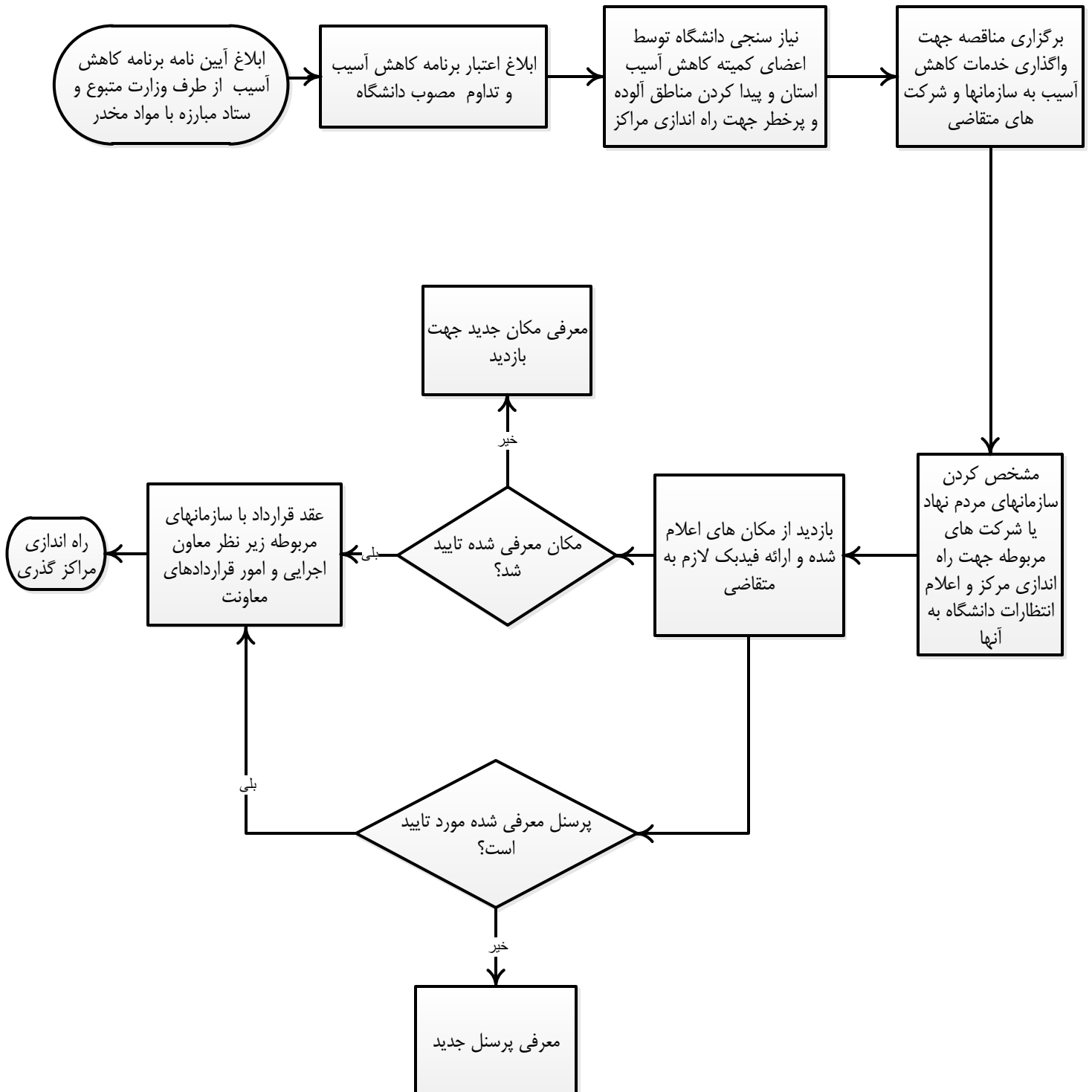


## فرآیند مراقبت از بیماران روانی عصبی در خانه بهداشت

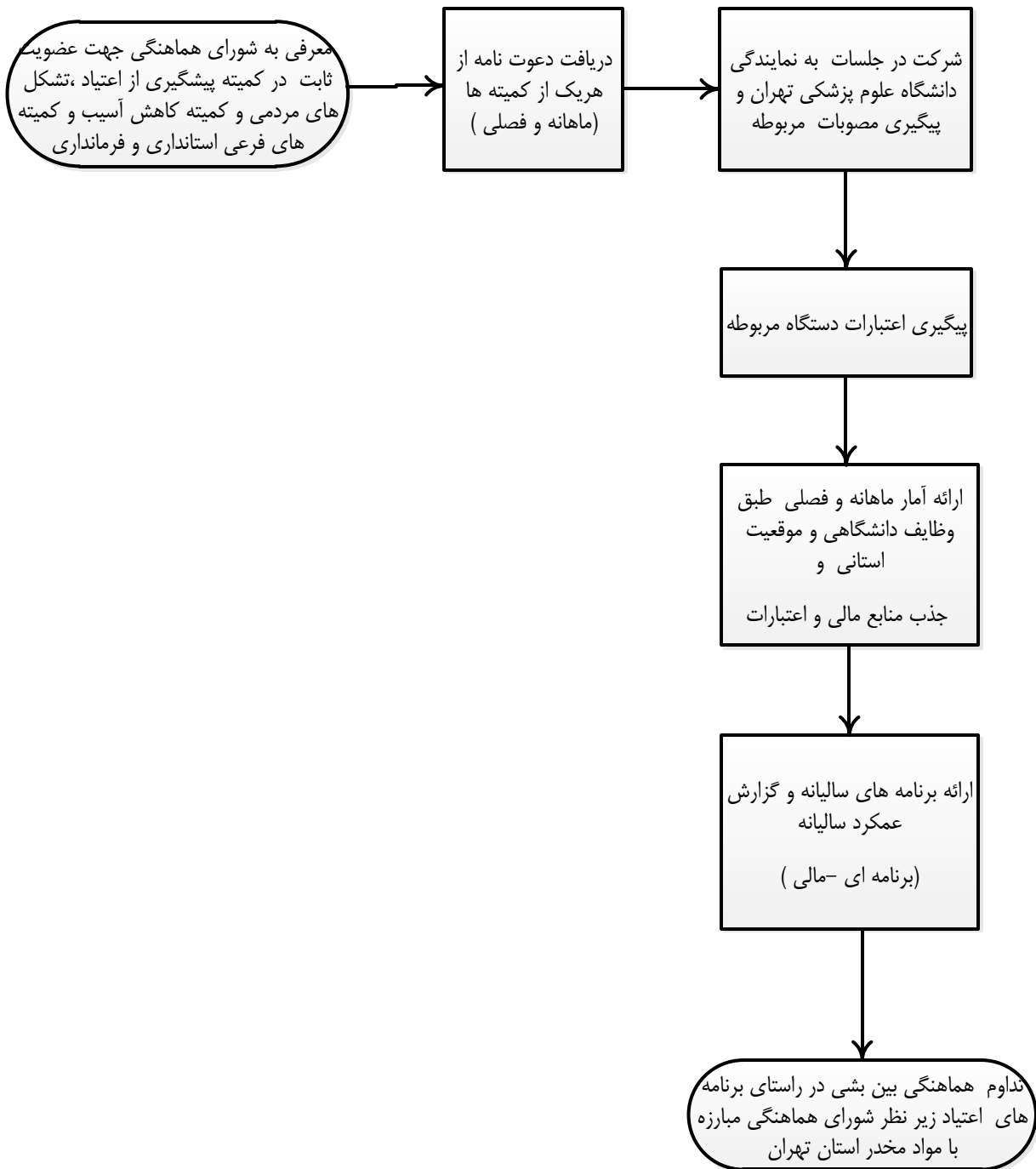




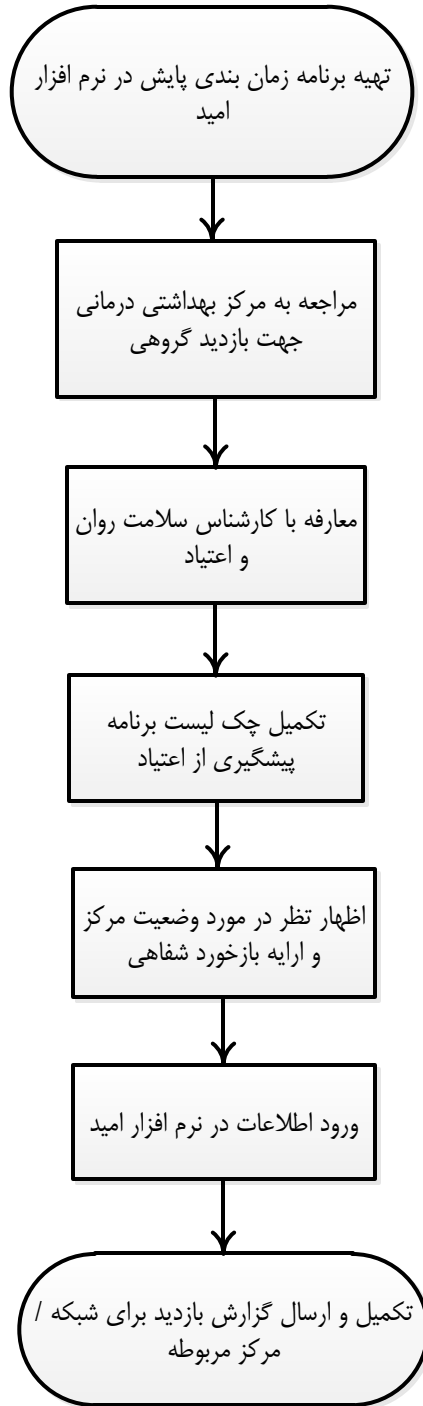
## فرآیند راه اندازی اولیه مراکز ارائه خدمات برنامه کاهش آسیب در محدوده تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران



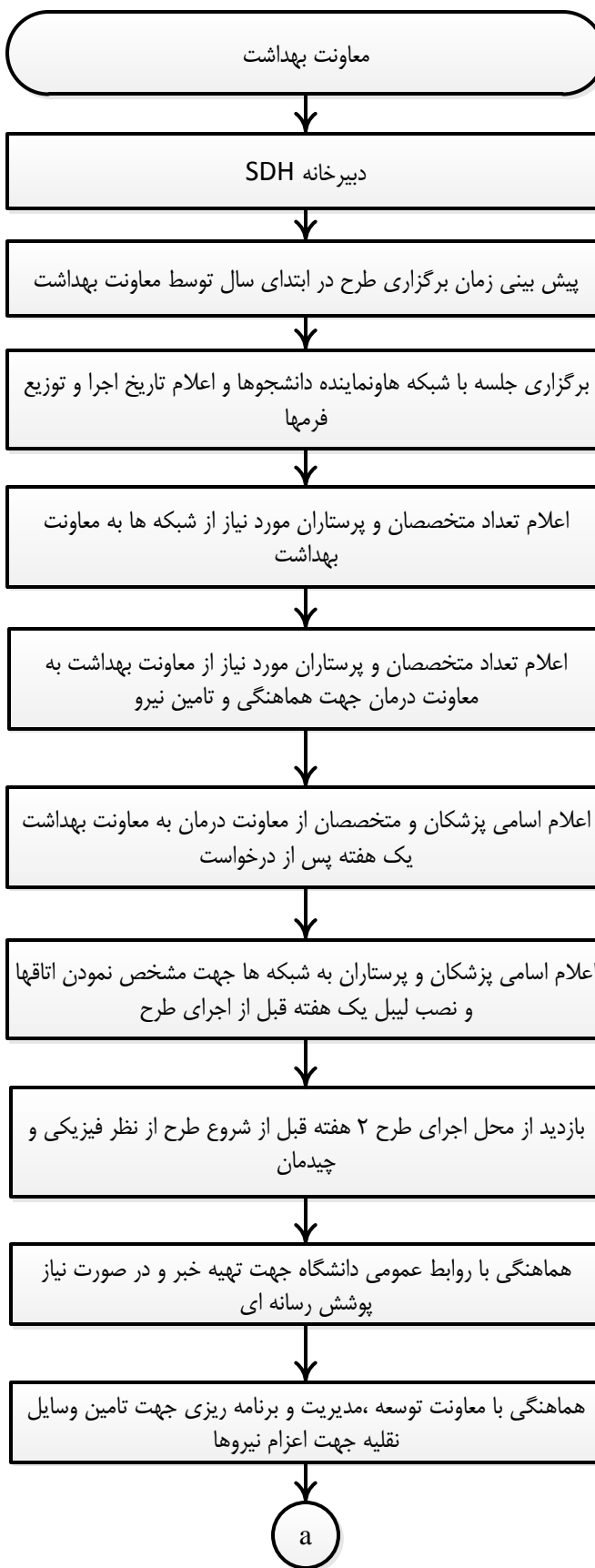
## فرآیند مشارکت بین بخشی در راستای برنامه های اعتیاد با محوریت ستاد مبارزه با مواد مخدر



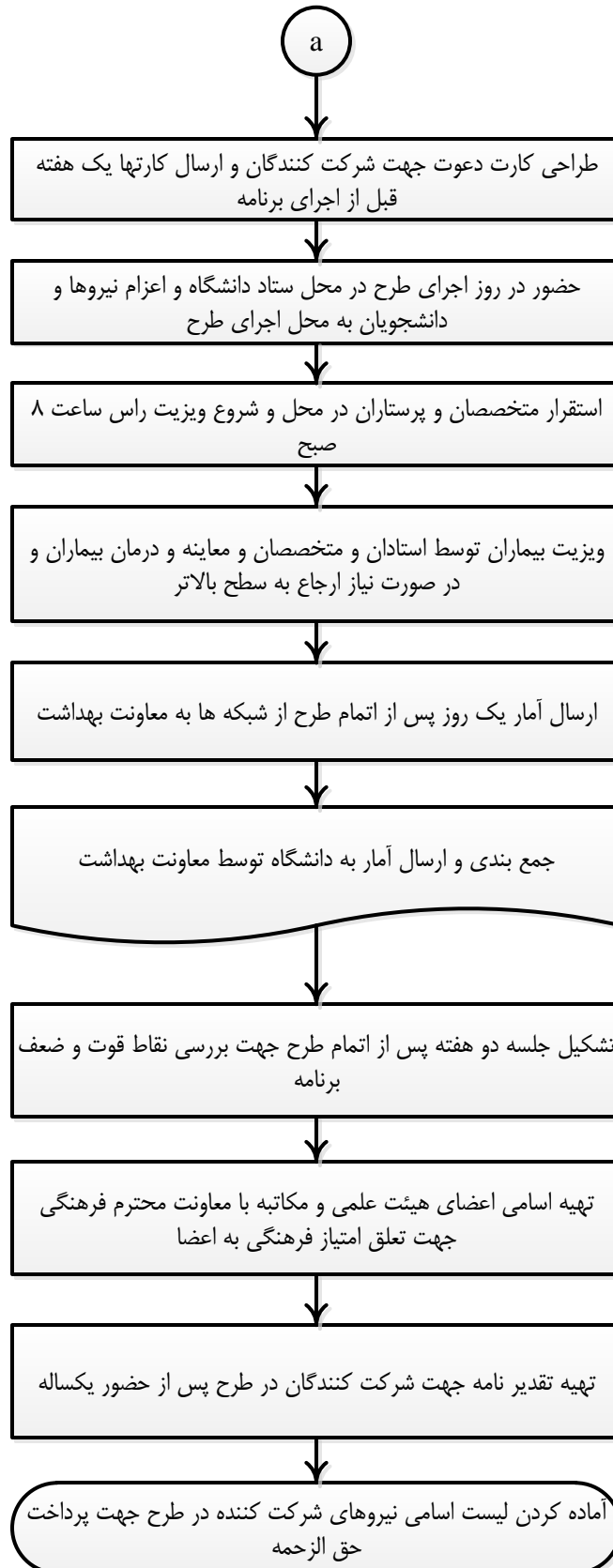
## فرآیند پایش برنامه های پیشگیری از اعتیاد در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی



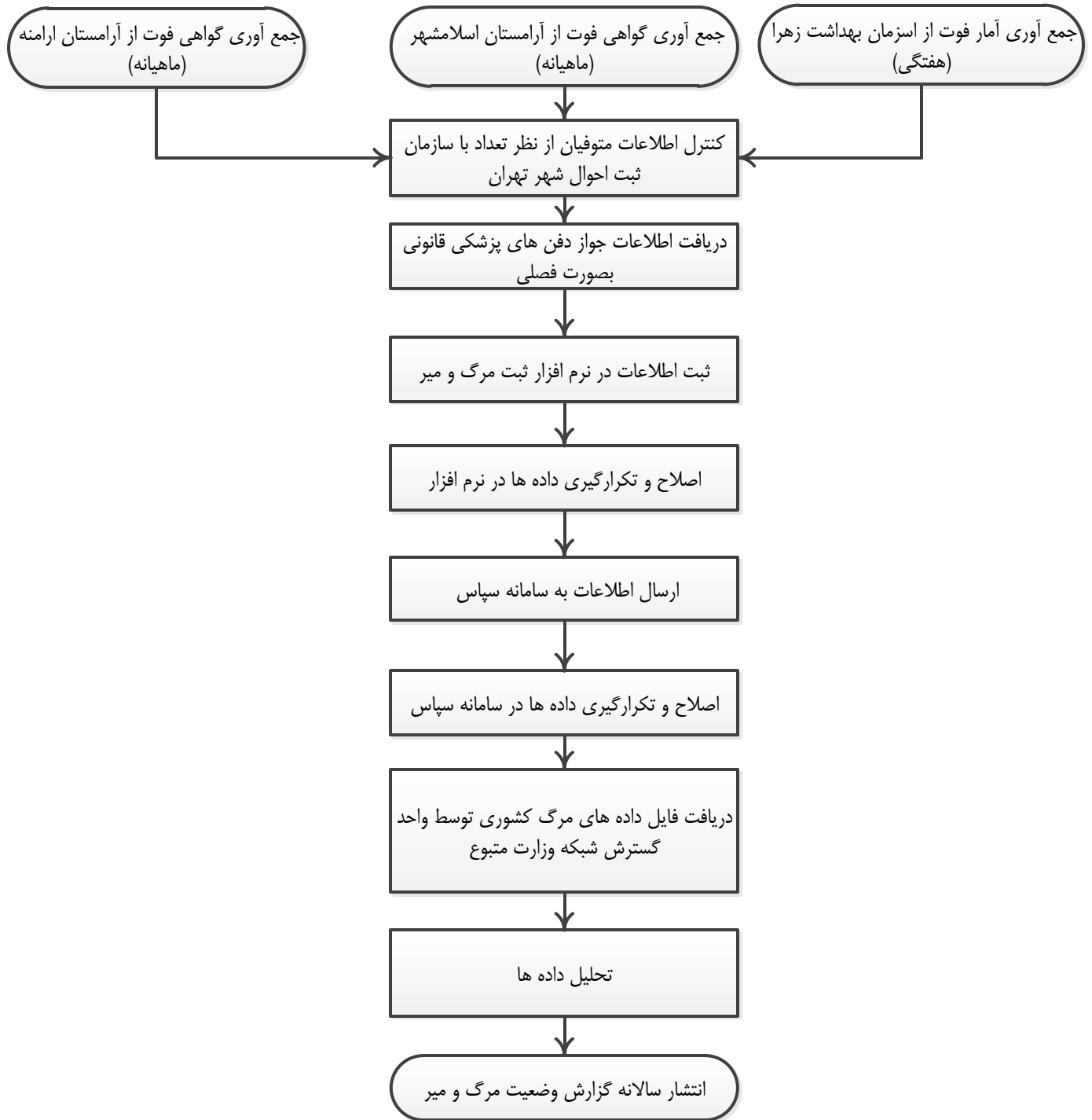
# فرآیند برگزاری طرح دست های مهربان ویزیت رایگان در مناطق حاشیه شهر تهران



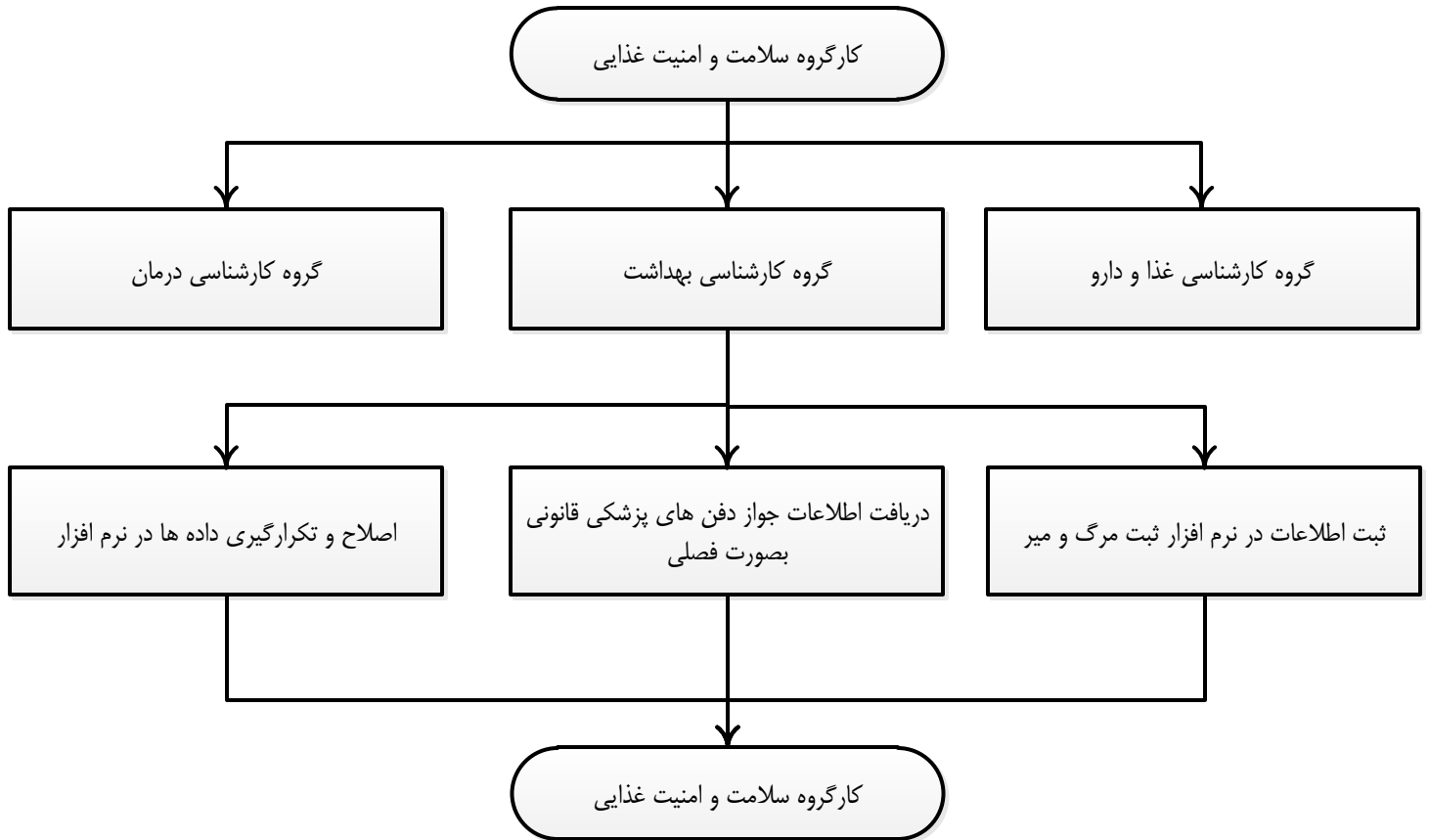
## فرآیند برگزاری طرح دست های مهربان ویزیت رایگان در مناطق حاشیه شهر تهران (ادامه)



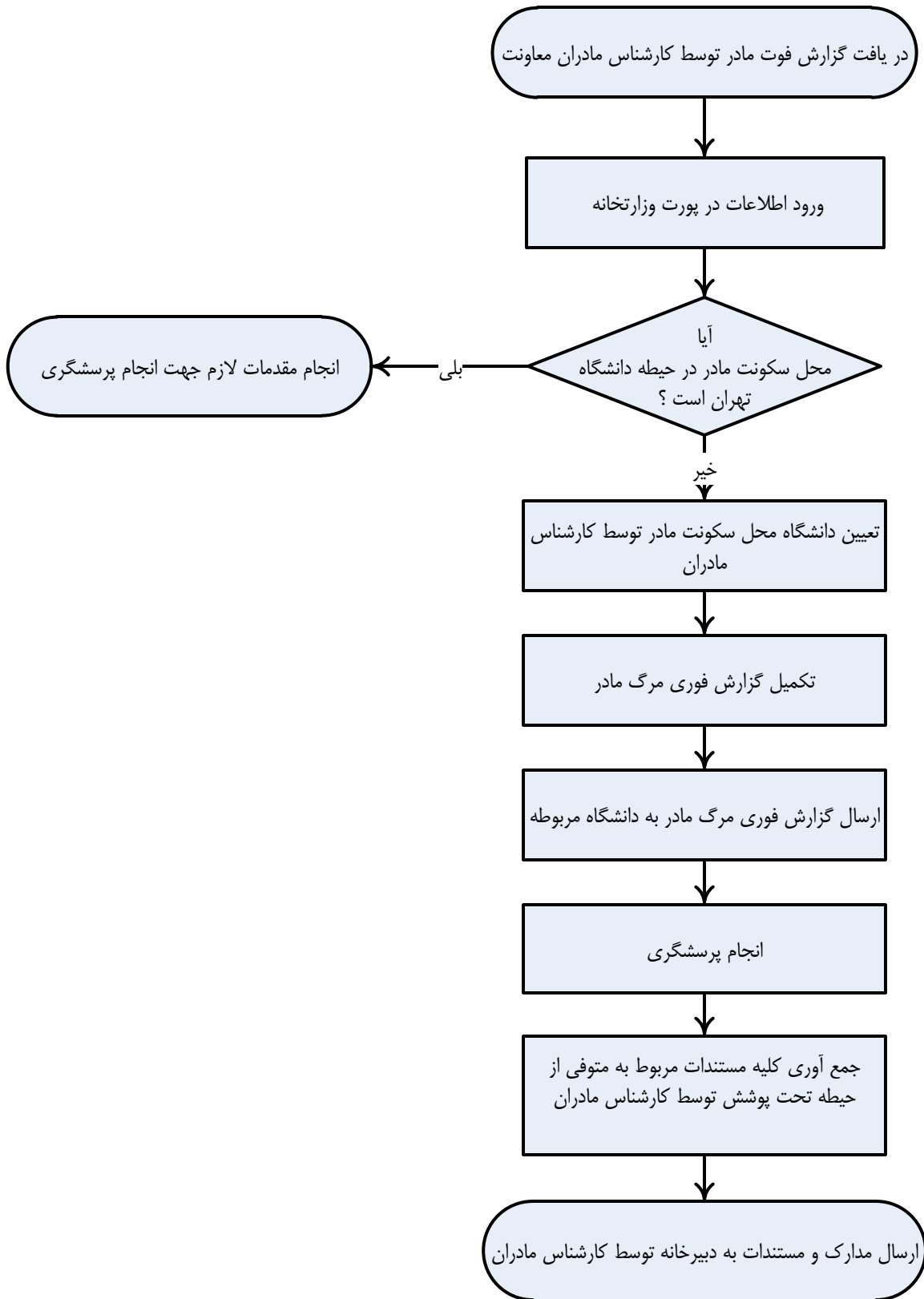
## فرآیند نحوه جمع آوری گواهی فوت شهر تهران و ثبت در سامانه



# فرآیند امنیت غذایی

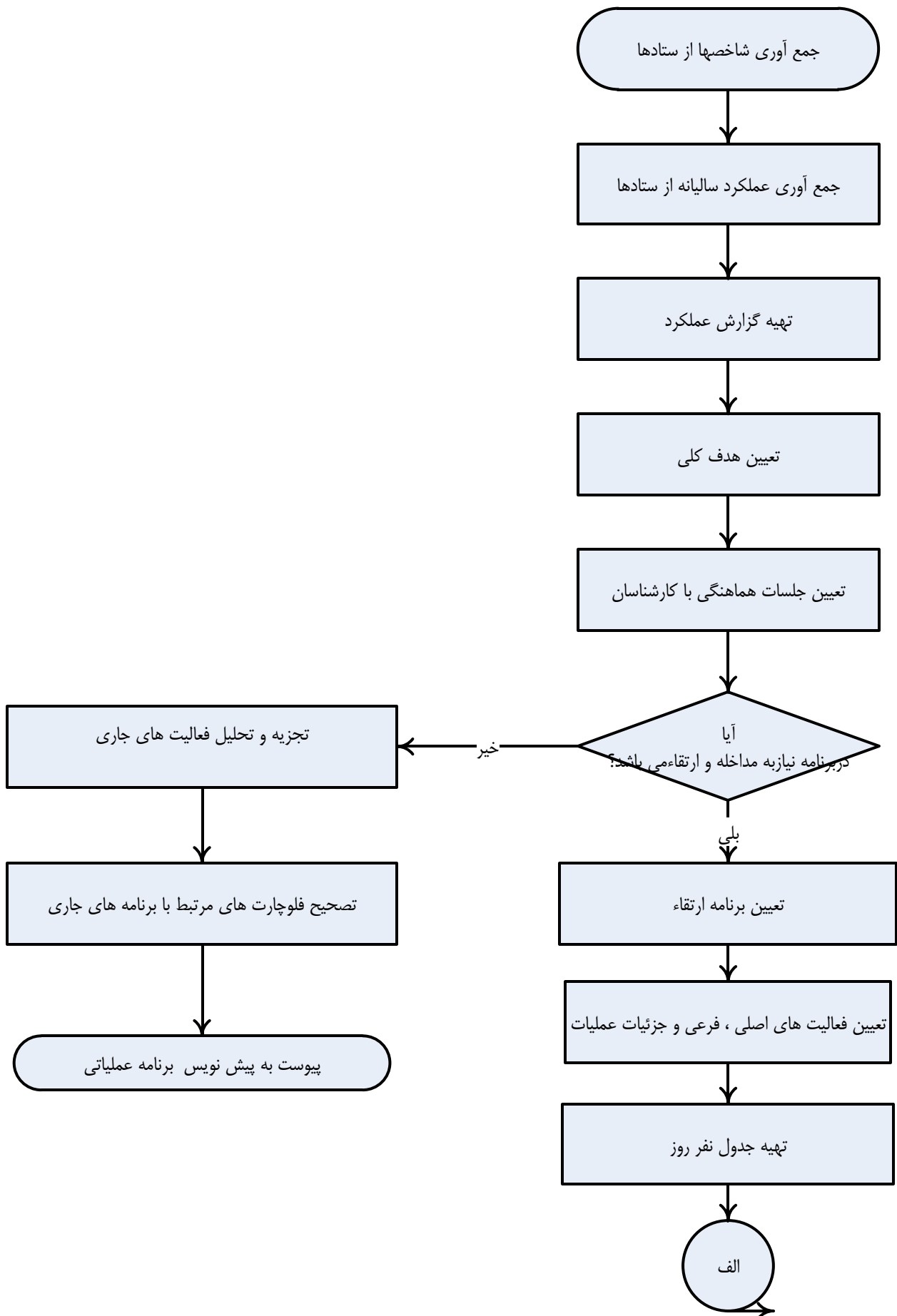


## فرآیند اعلام گزارش مرگ مادر به سایر دانشگاه ها

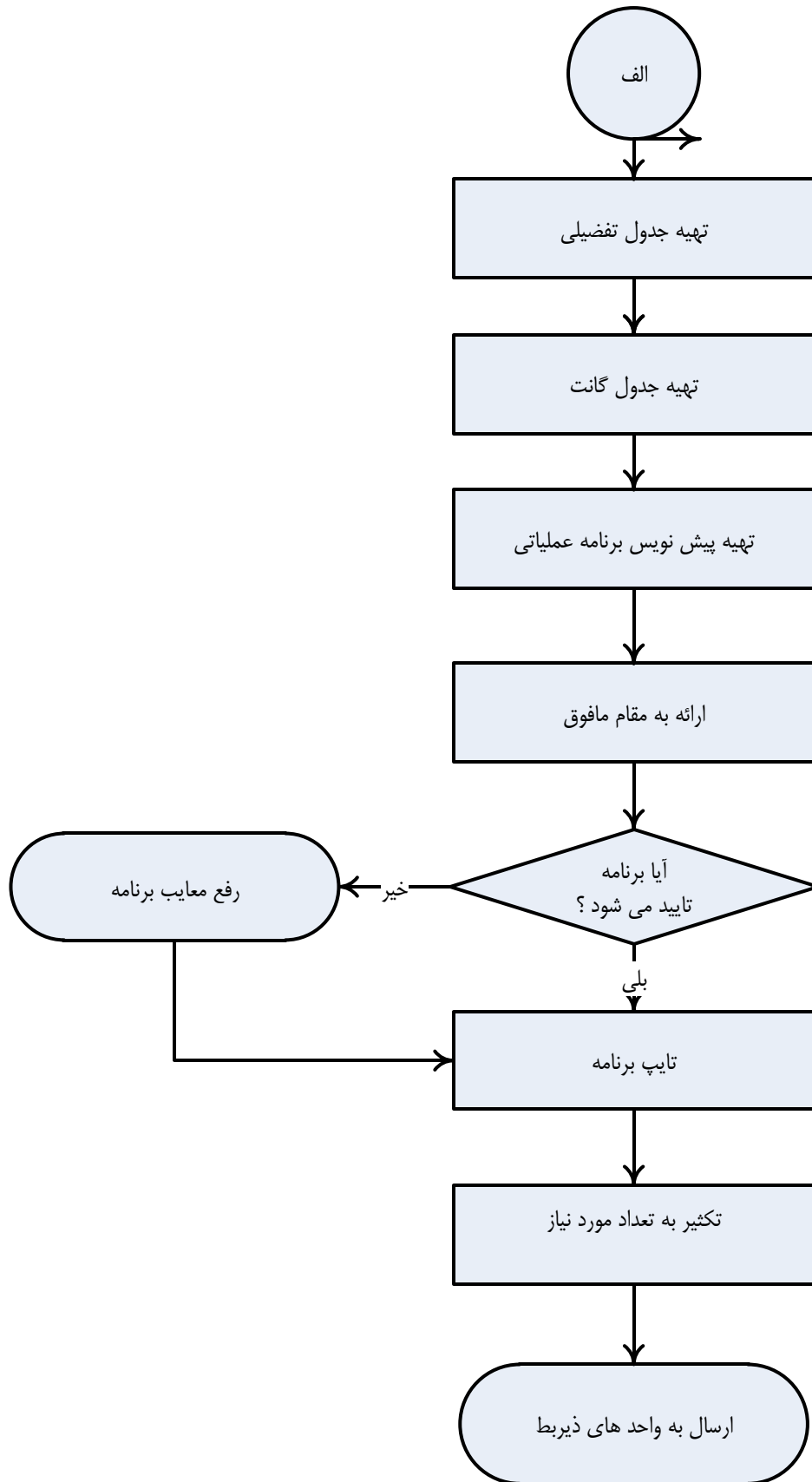




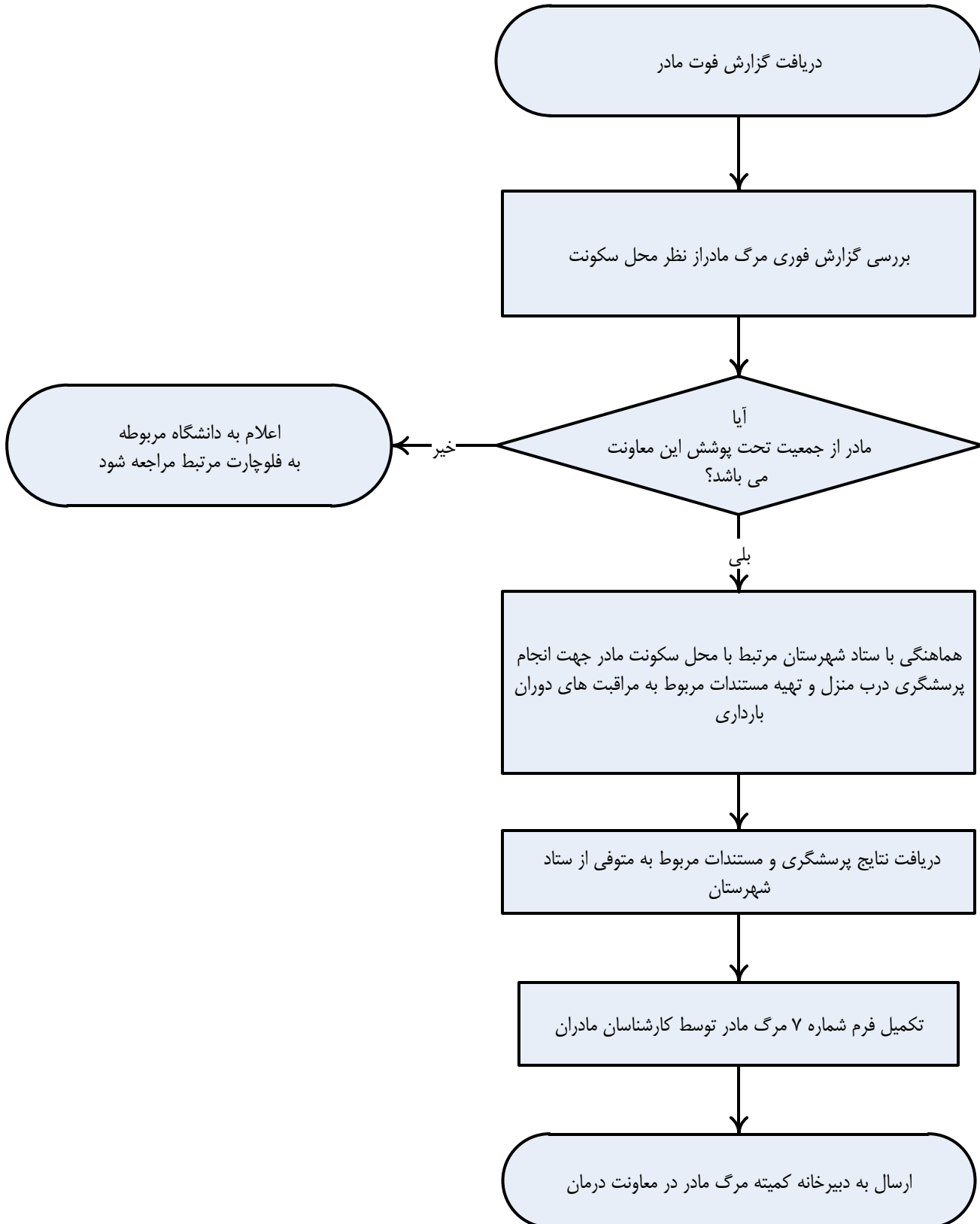
# فرآیند تهیه برنامه عملیاتی سالانه واحد بهداشت خانواده



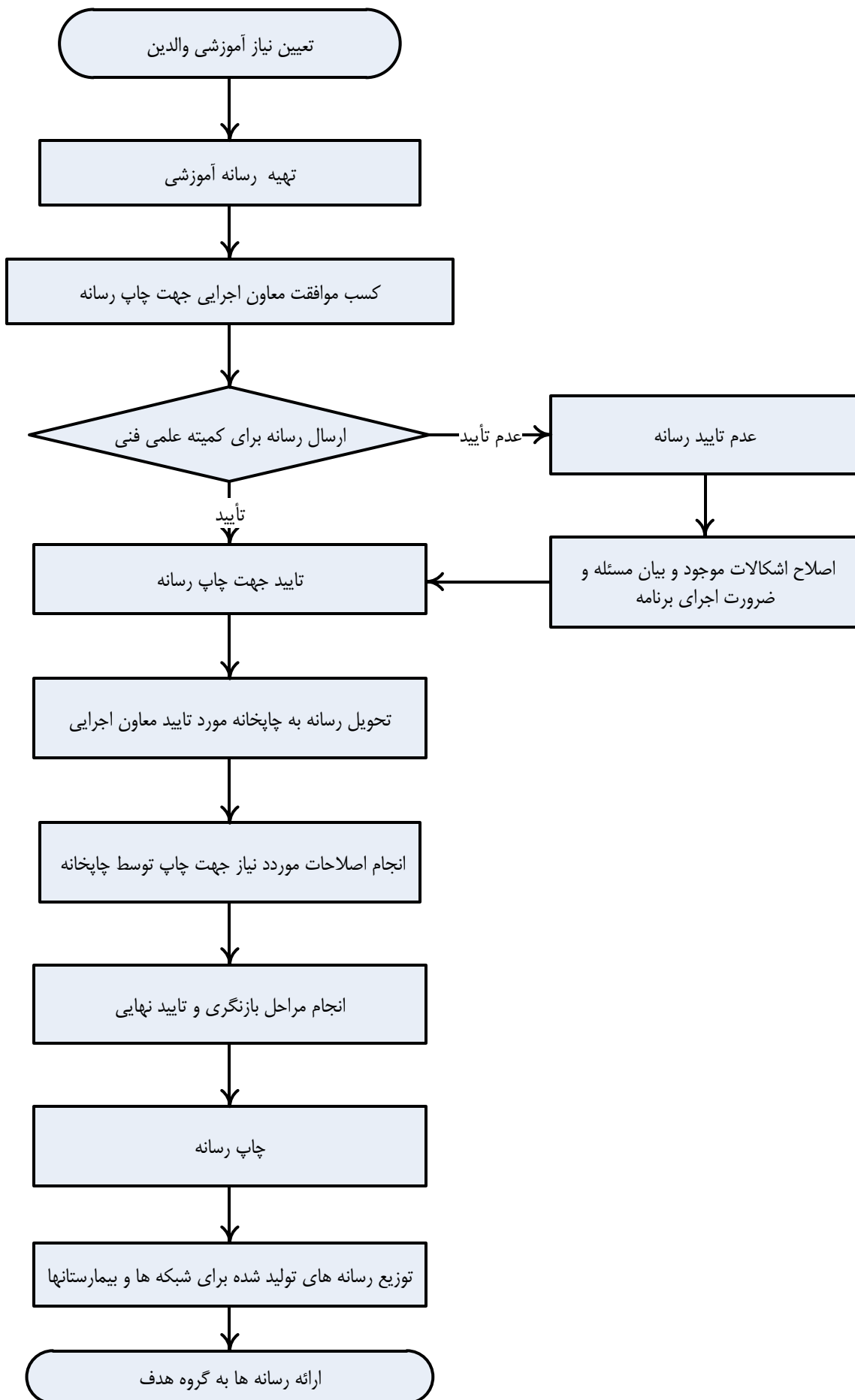
## فرآیند تهیه برنامه عملیاتی سالانه واحد بهداشت خانواده (ادامه)



## فرآیند انجام پرسشگری مرگ مادر



## فرآیند چاپ رسانه



## انجام بازدید

اعلام برنامه بازدیدها از واحد گسترش شبکه

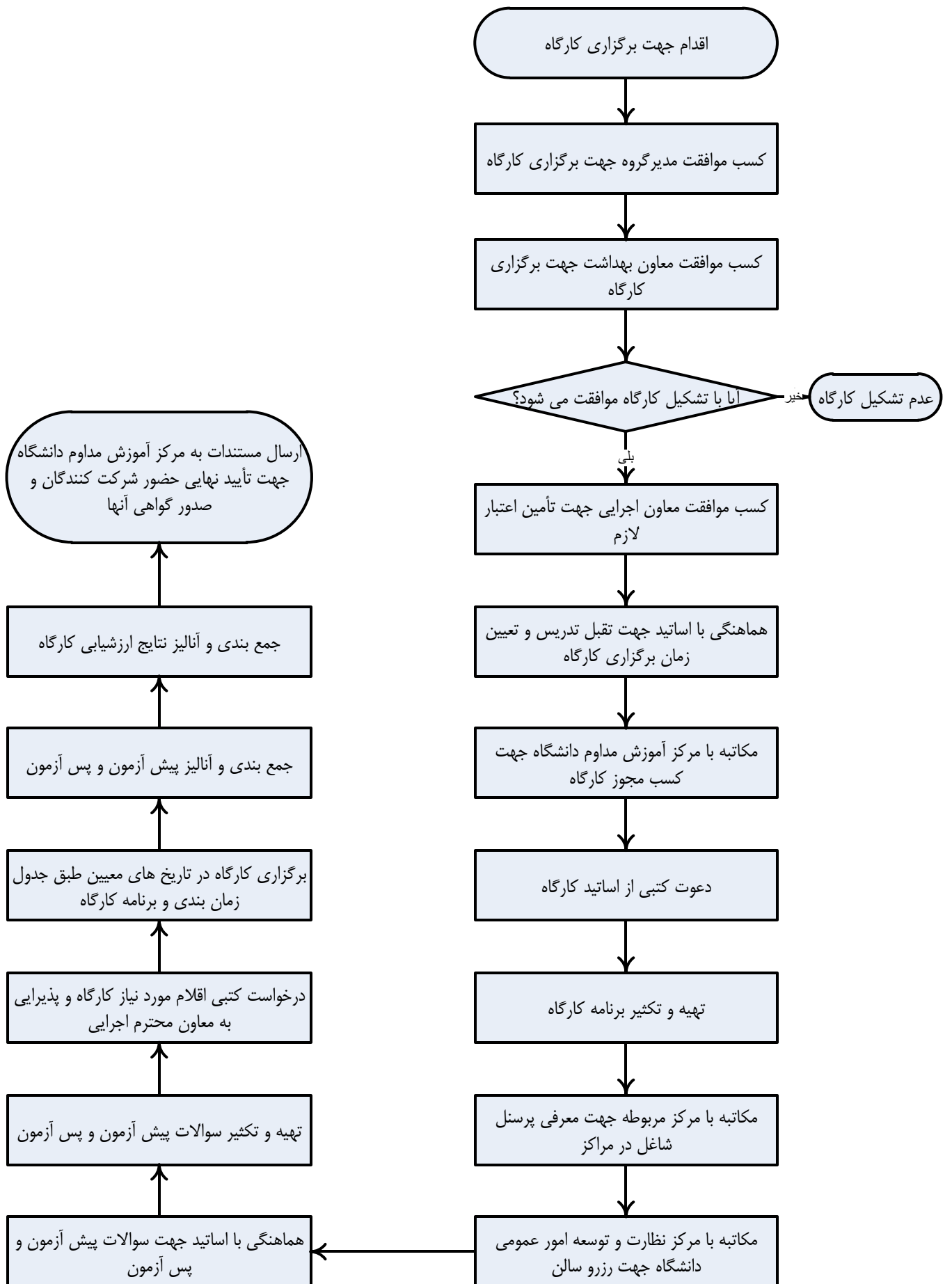
اعلام تعداد نفرات بازدید کننده به واحد هماهنگ کننده  
بازدید

مراجعه به واحد تعیین شده و تکمیل چک لیست نظارتی

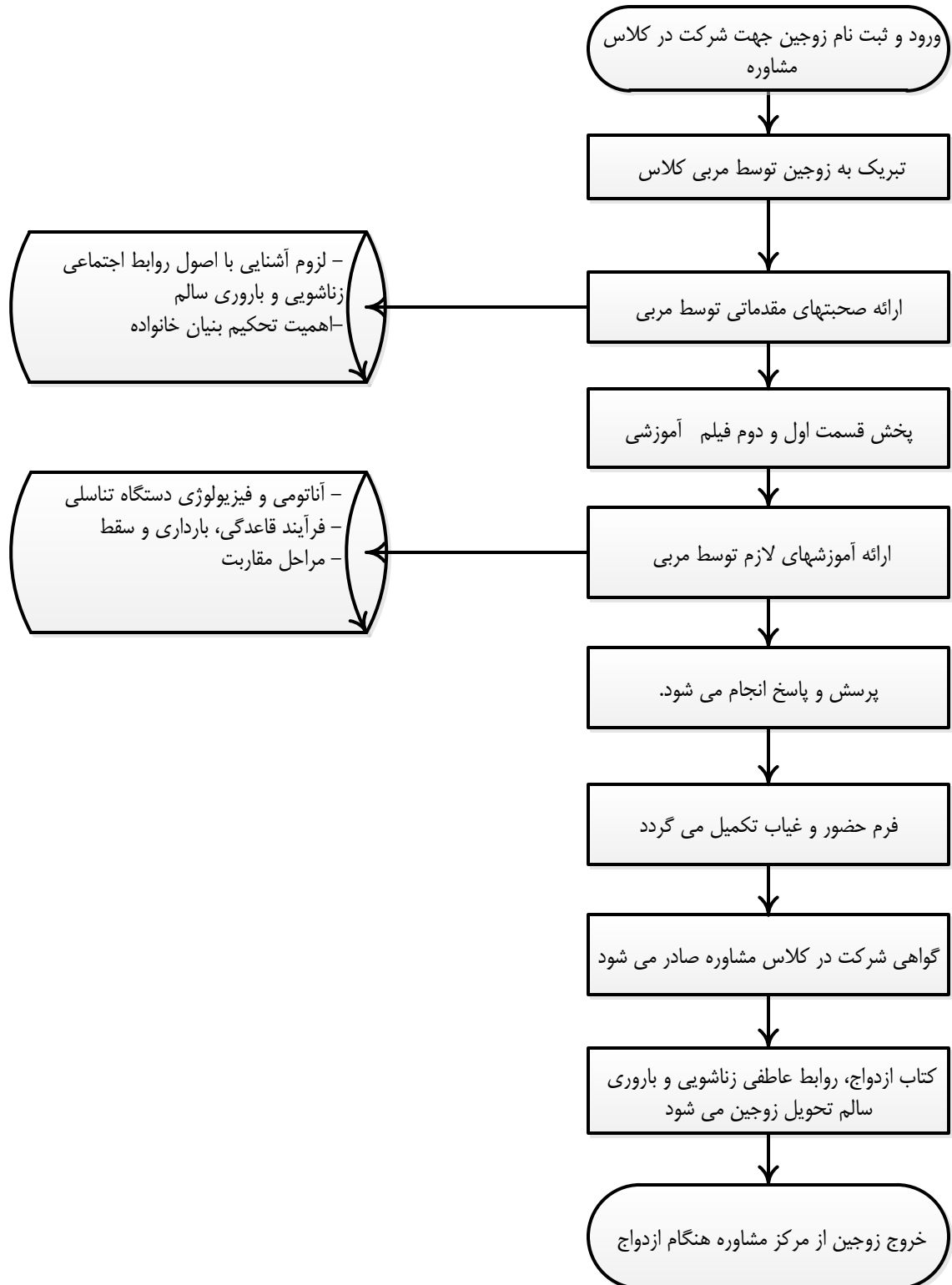
تهیه گزارش بازدید و تحویل به واحد گسترش شبکه

برنامه ریزی ورود اطلاعات چک لیست در نرم افزار نظارتی  
امید

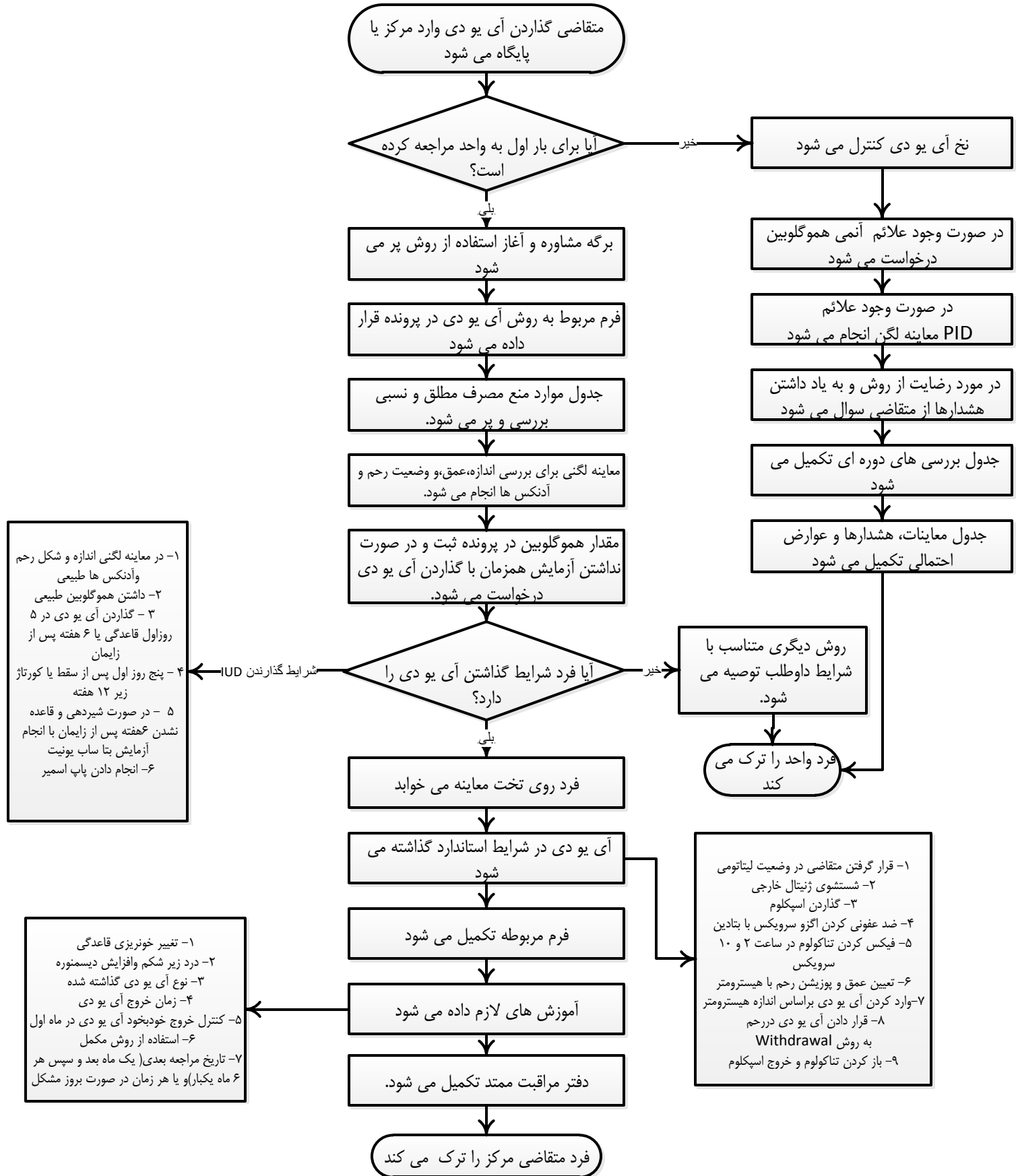
## فرآیند برگزاری کارگاه



## فرآیند برگزاری کلاس های مشاوره هنگام ازدواج



# فرآیند گذاردن آی یو دی در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی

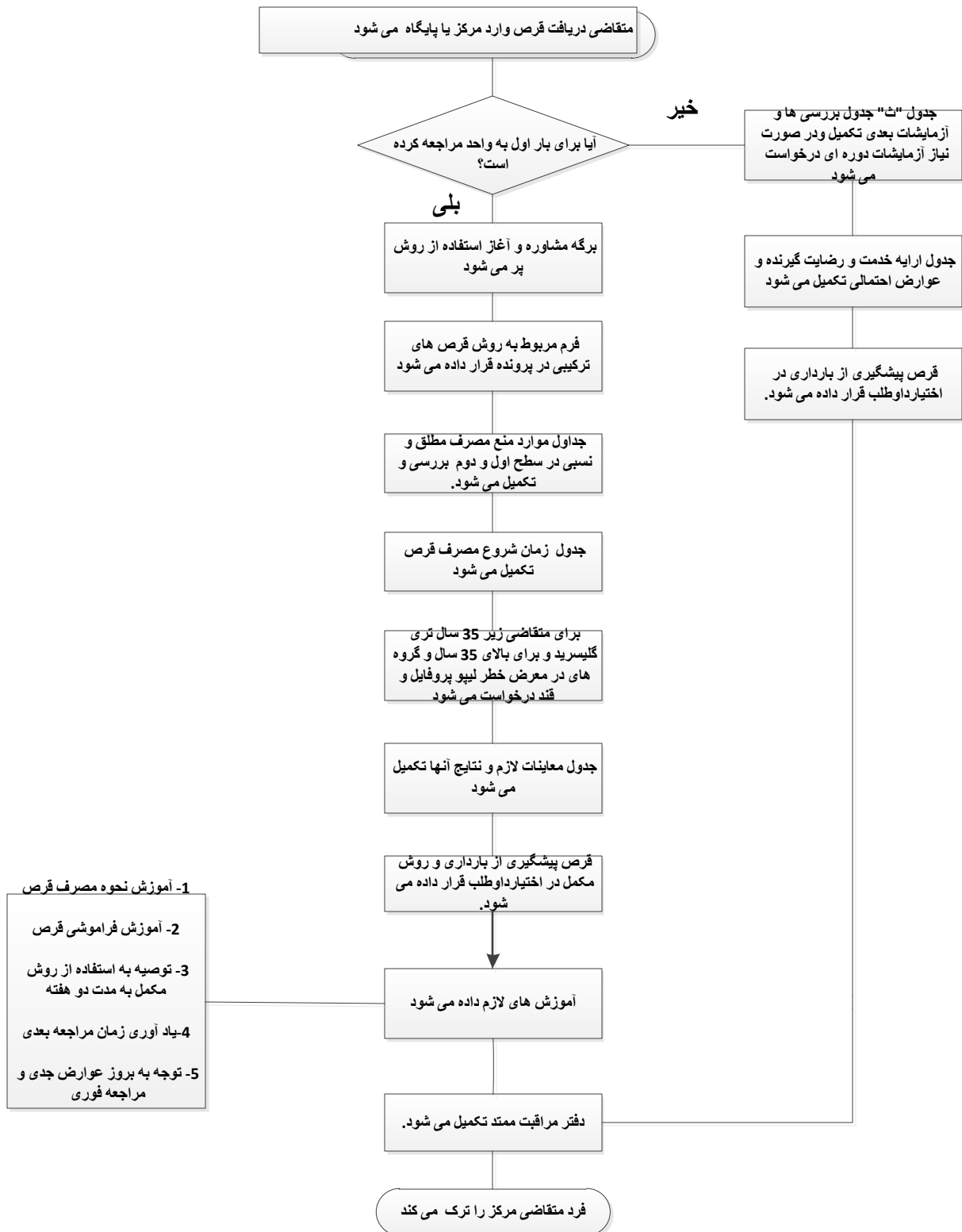




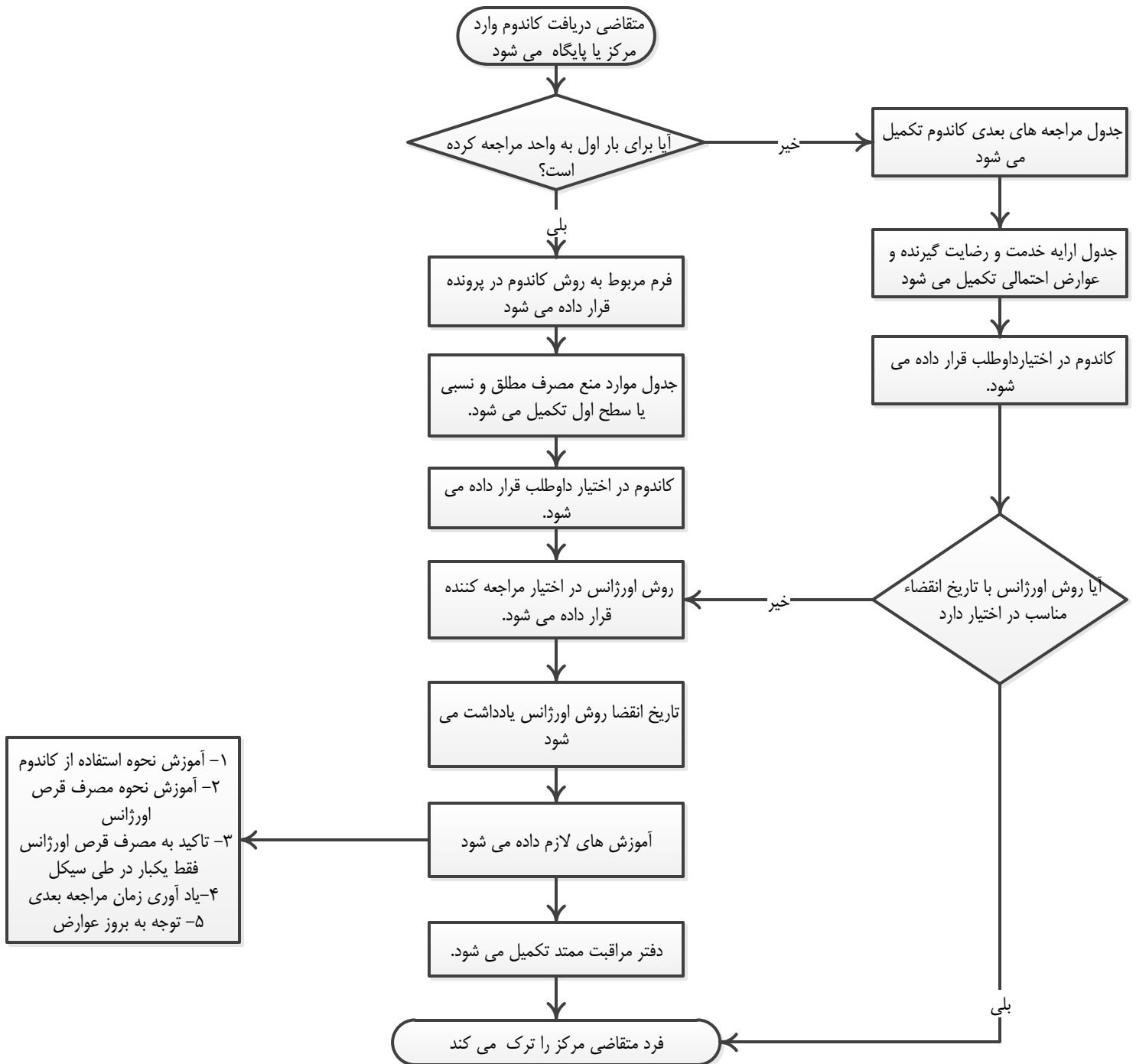
# فرآیند برگزاری کلاس های مشاوره هنگام ازدواج



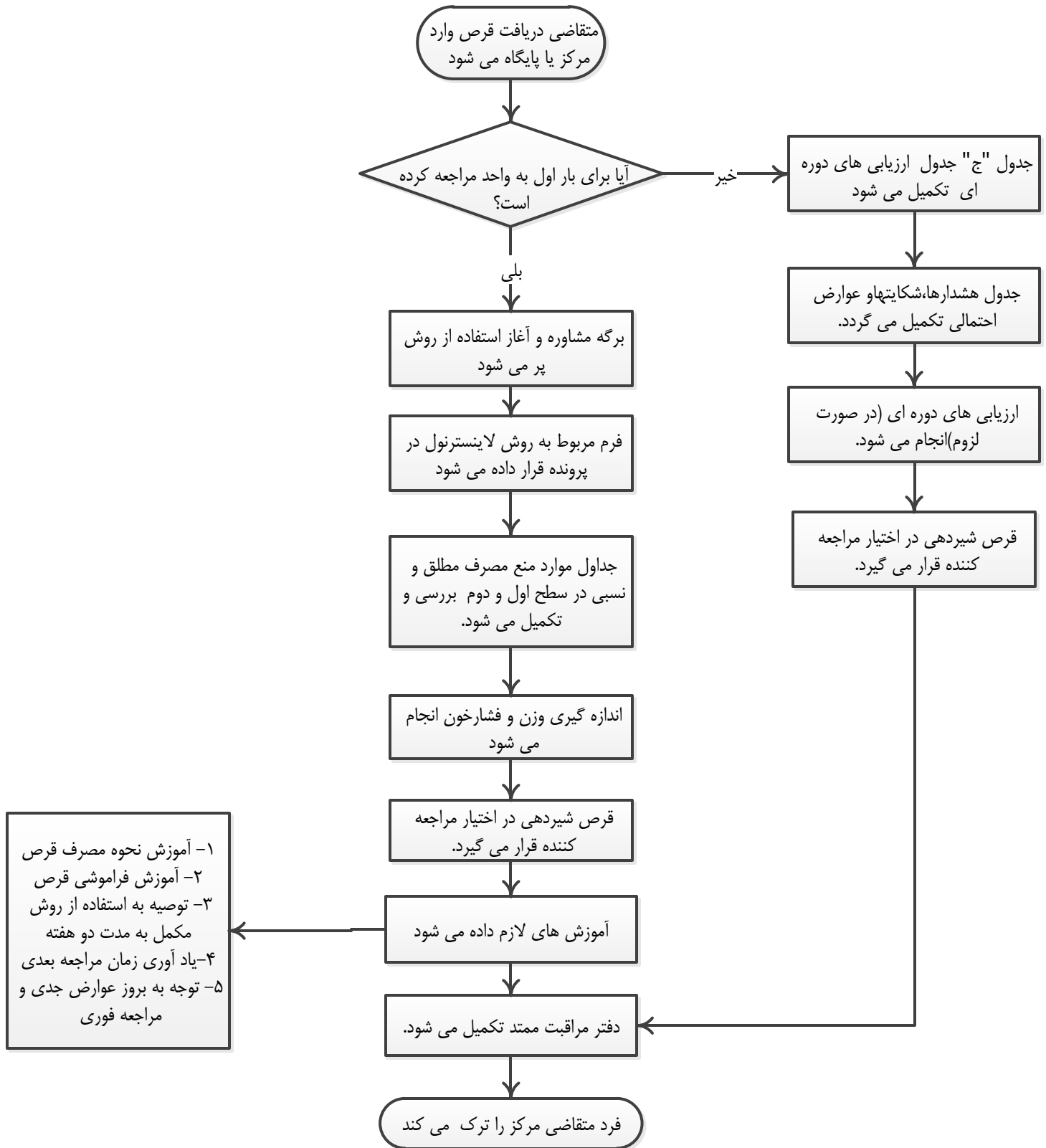
## فلوچارت تجویز قرص های ترکیبی در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی



## فرآیند تجویز کاندوم در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی



# فرآیند تجویز قرص لاینسترنول در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی

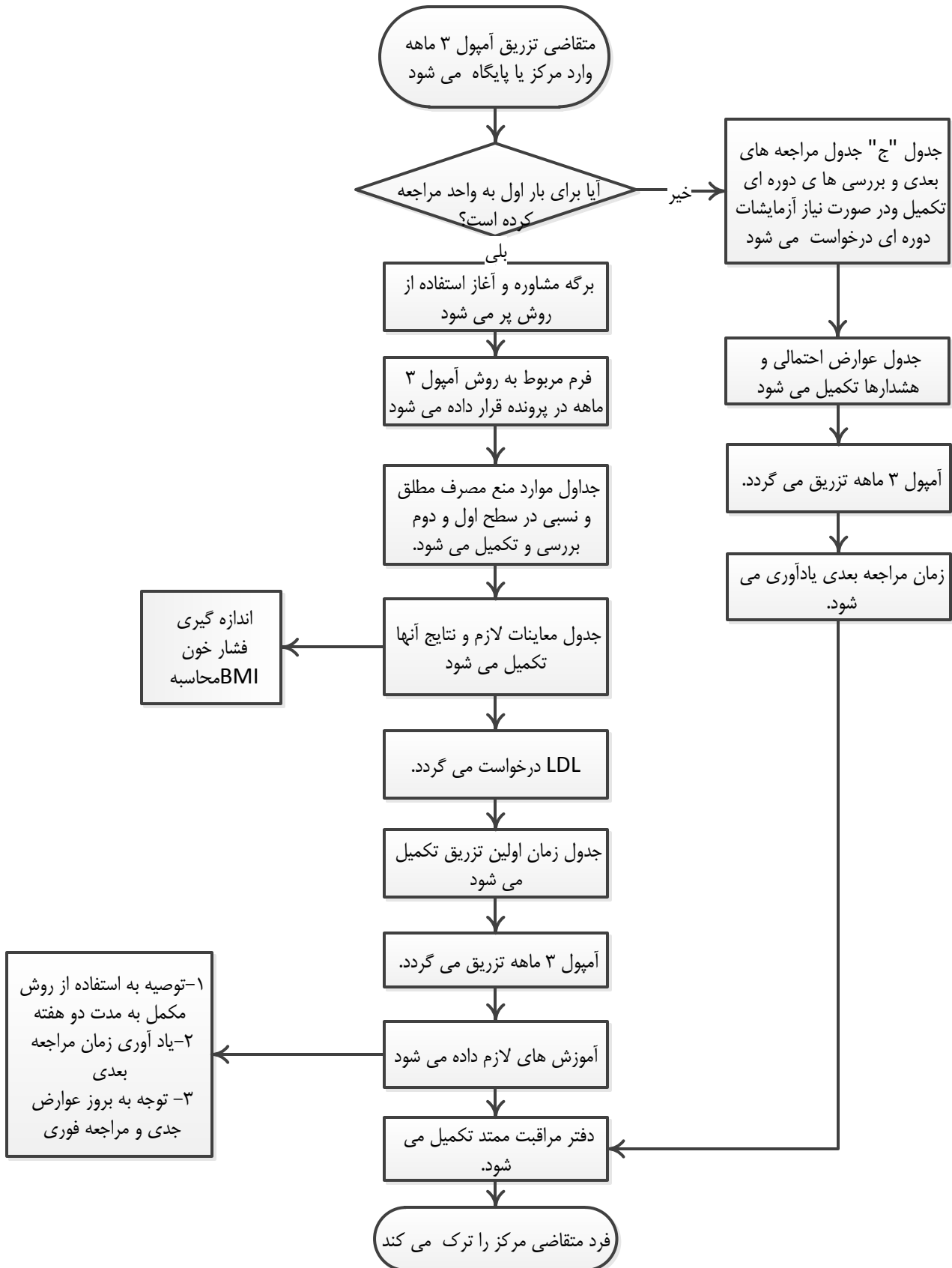


# فرآیند تجویز آمپول ترکیبی یکماهه در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی

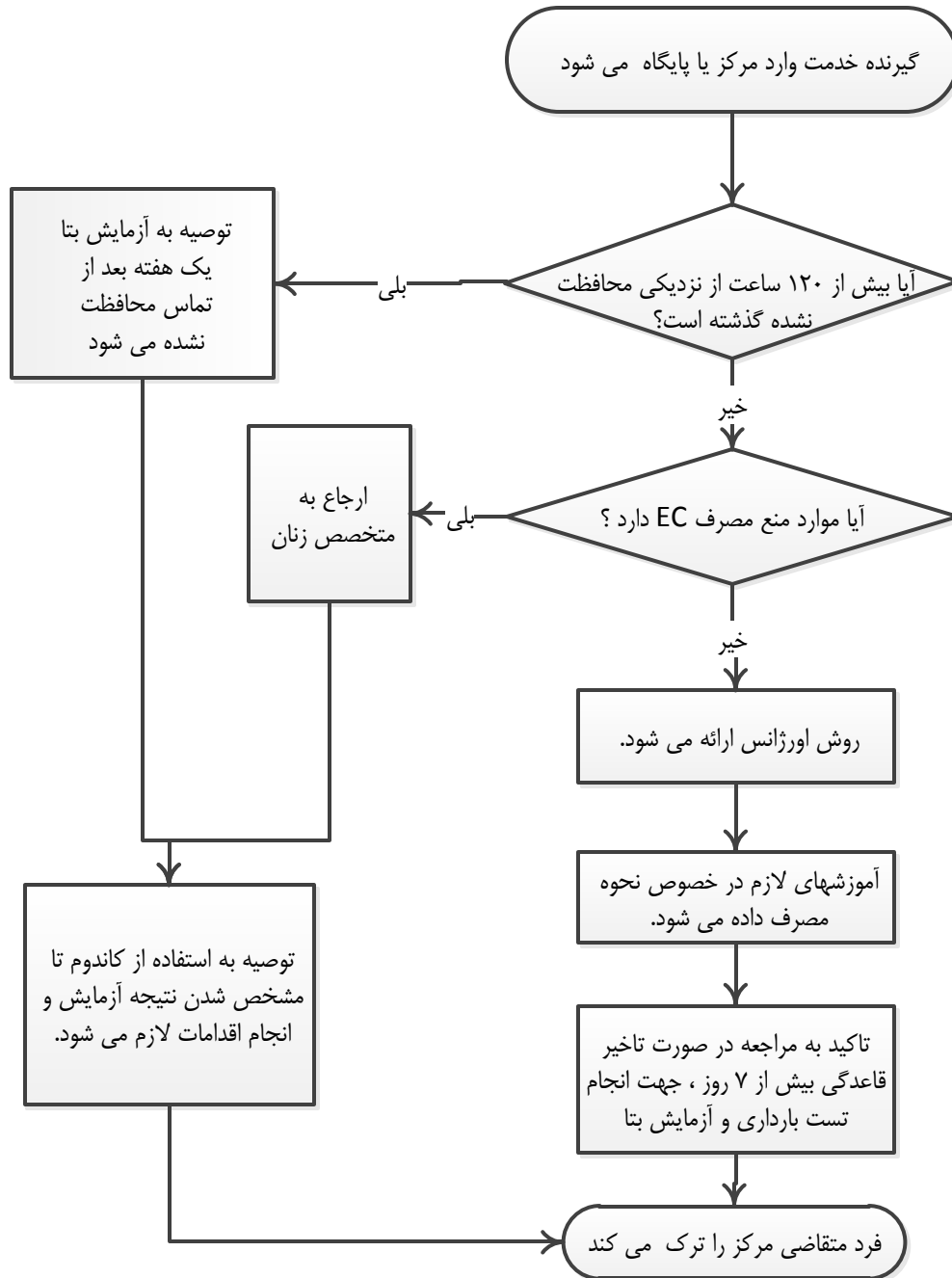


۱-توصیه به استفاده از روش مکمل به مدت دو هفته  
 ۲-یاد آوری زمان مراجعه بعدی  
 ۳-توجه به بروز عوارض جدی و مراجعه فوری

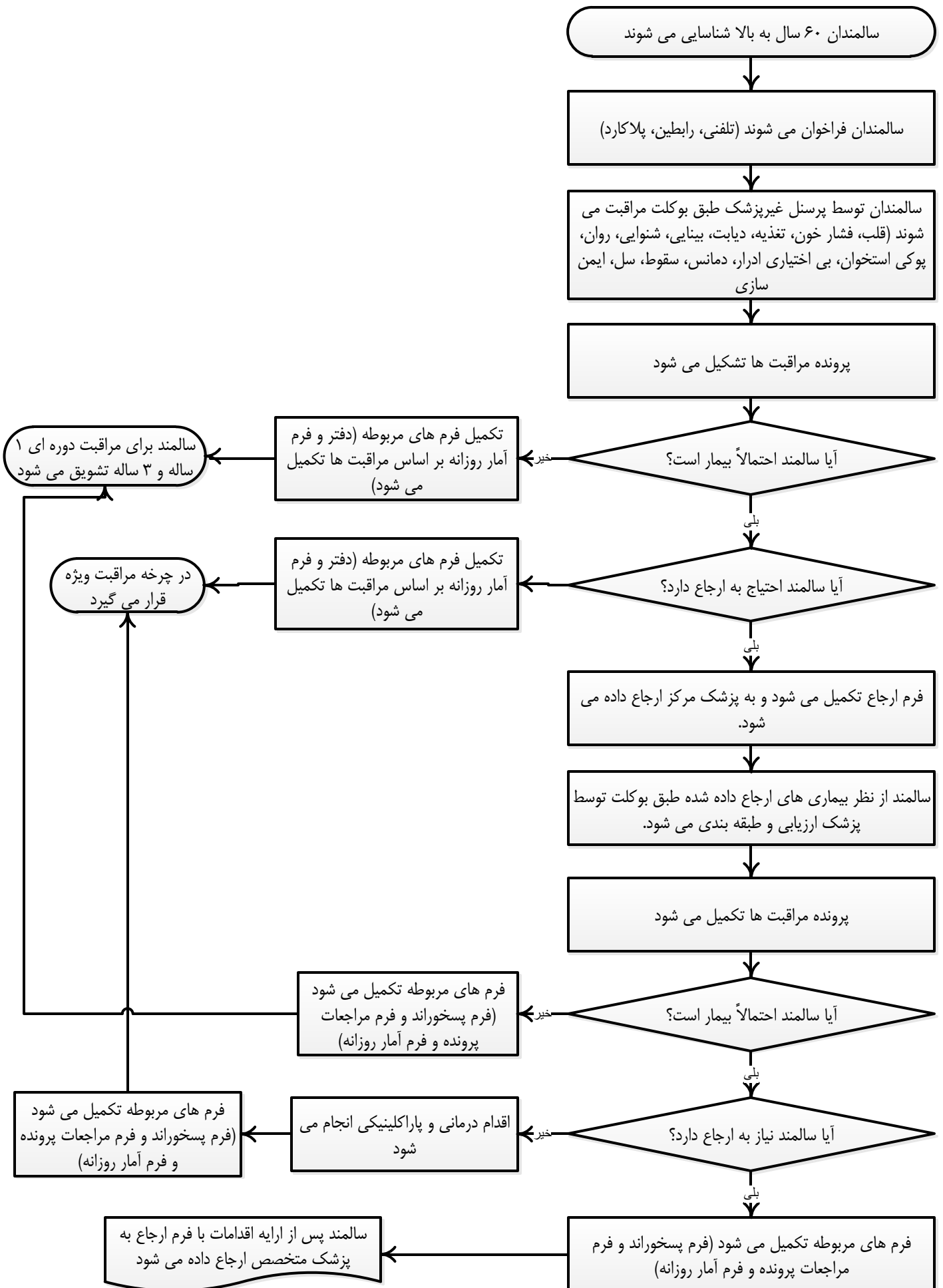
## فرآیند تجویز آمپول ۳ ماهه در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی



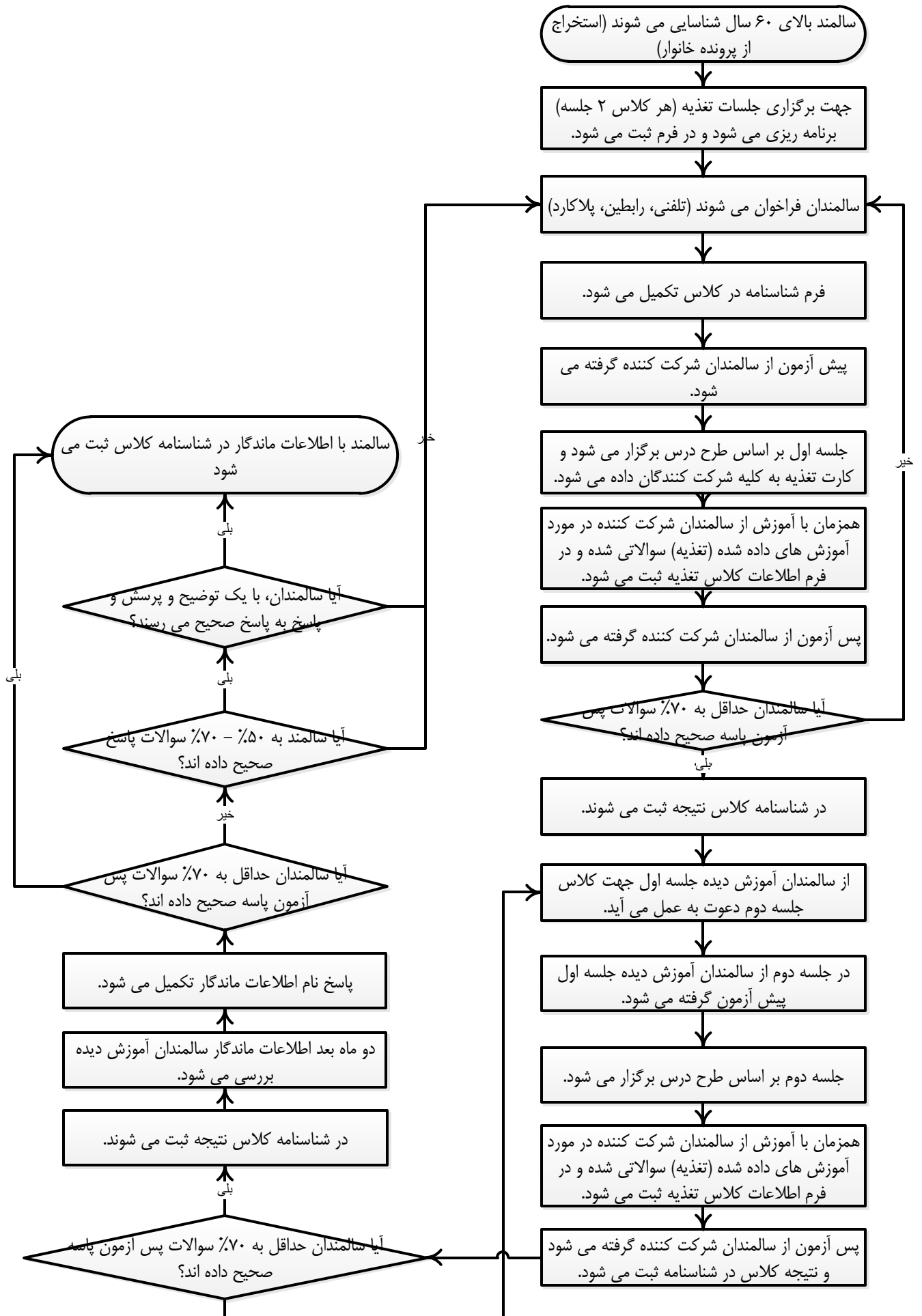
# فرآیند تجویز روش اورژانس در مراکز و پایگاه های بهداشتی و مشارکتی



## فرآیند برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمندان

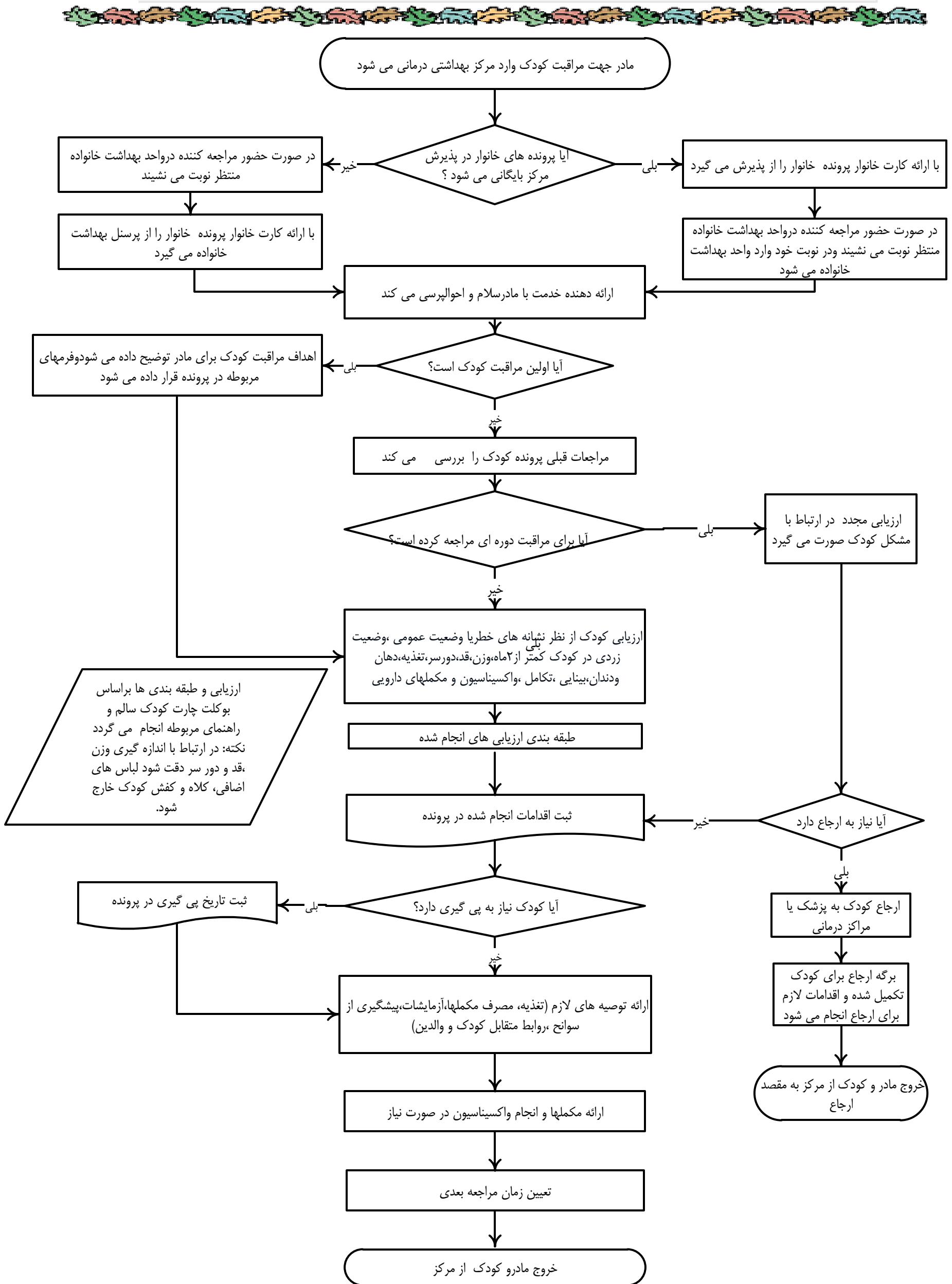


## فرآیند برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی

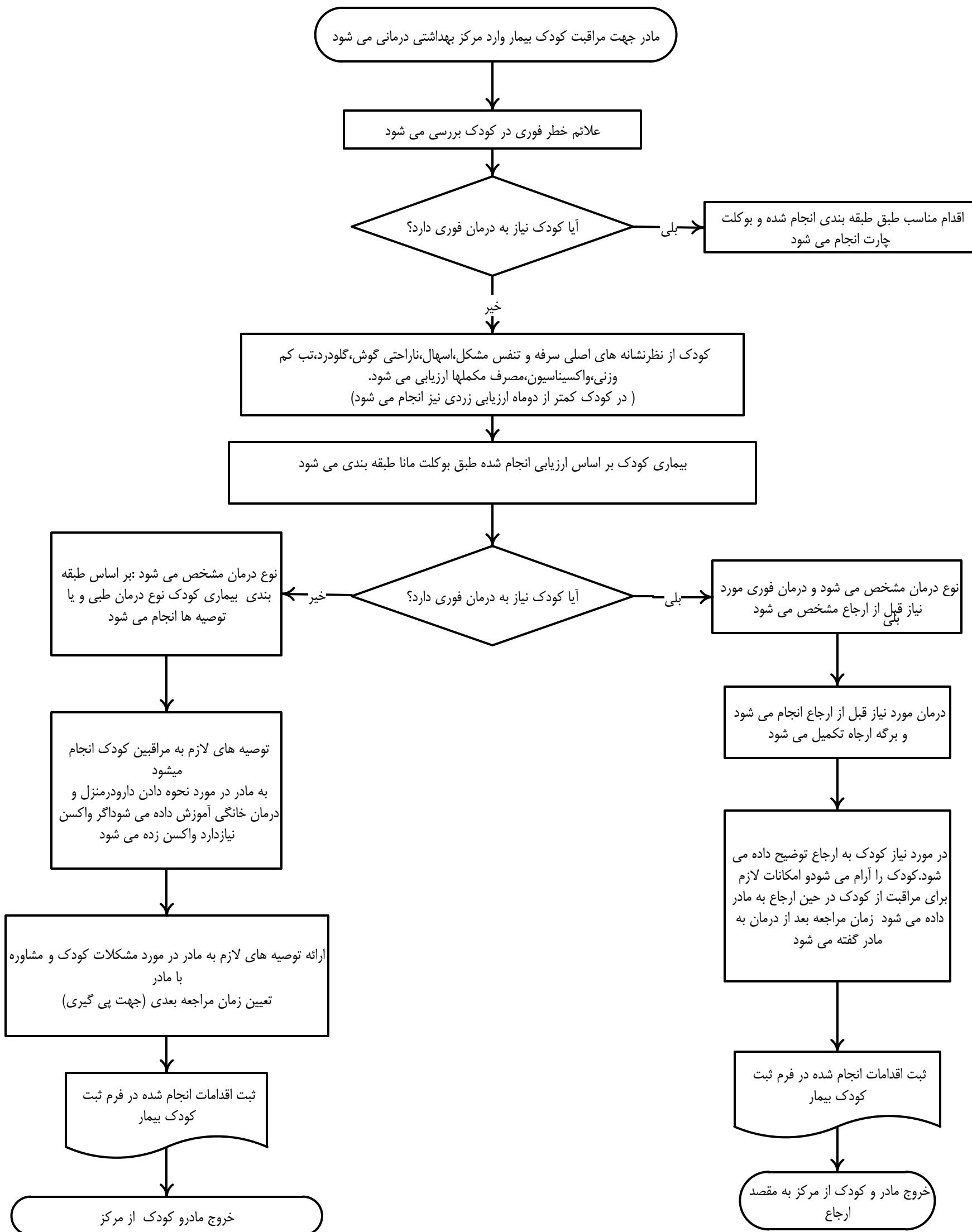




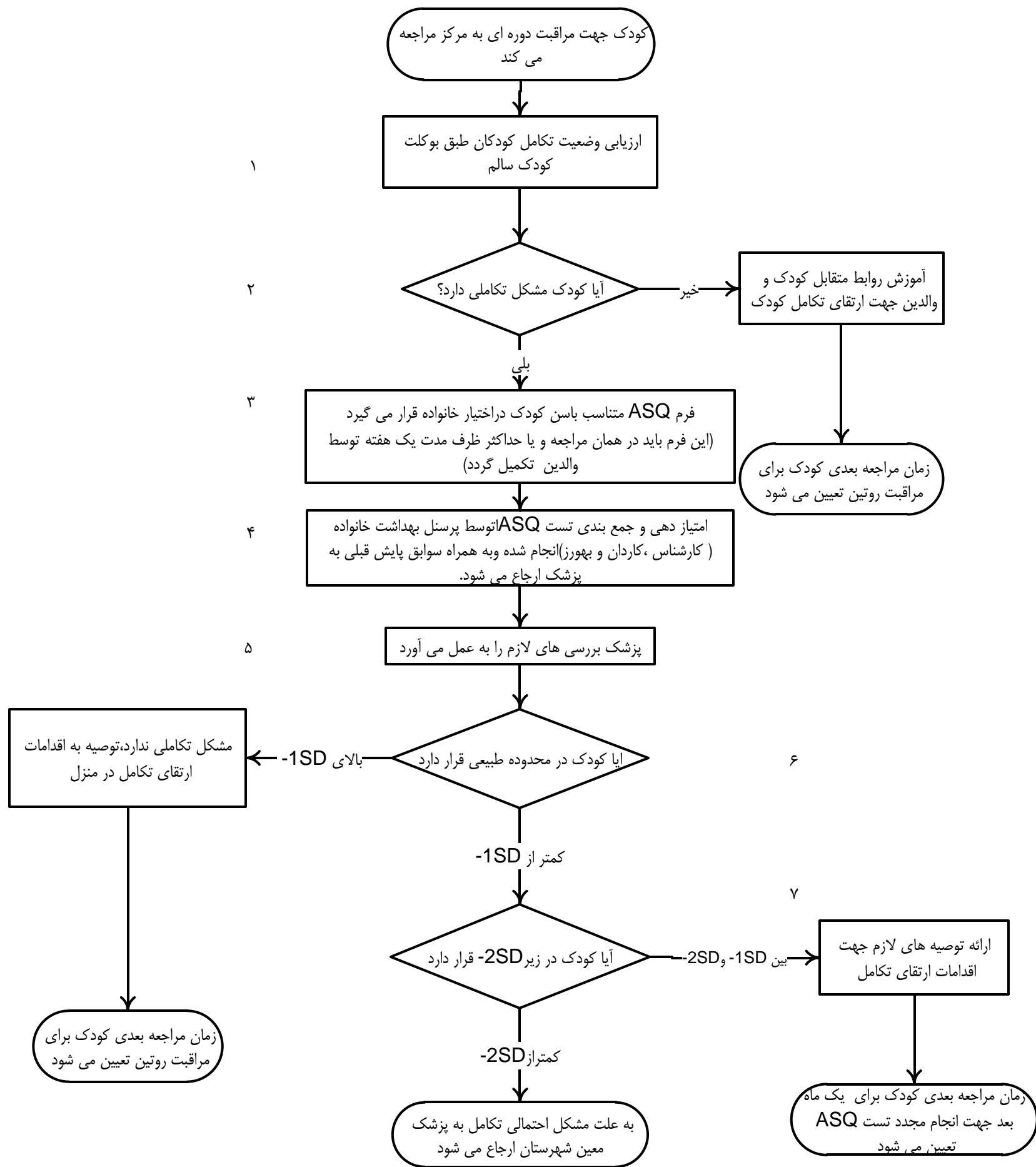
## فرآیند مراقبت کودک سالم



## فرآیند مراقبت کودک بیمار

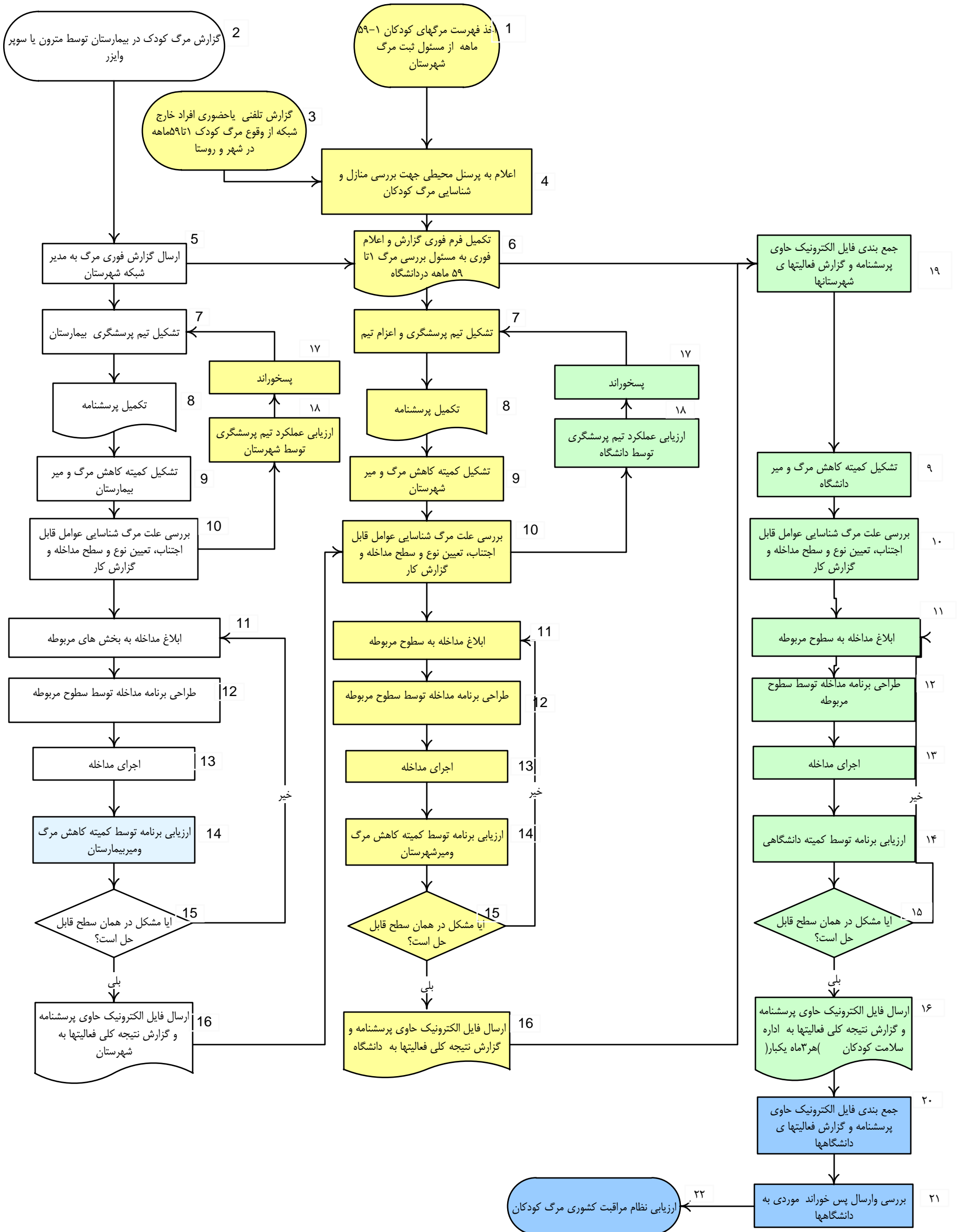


## فرآیند مداخلات تکاملی کودکان

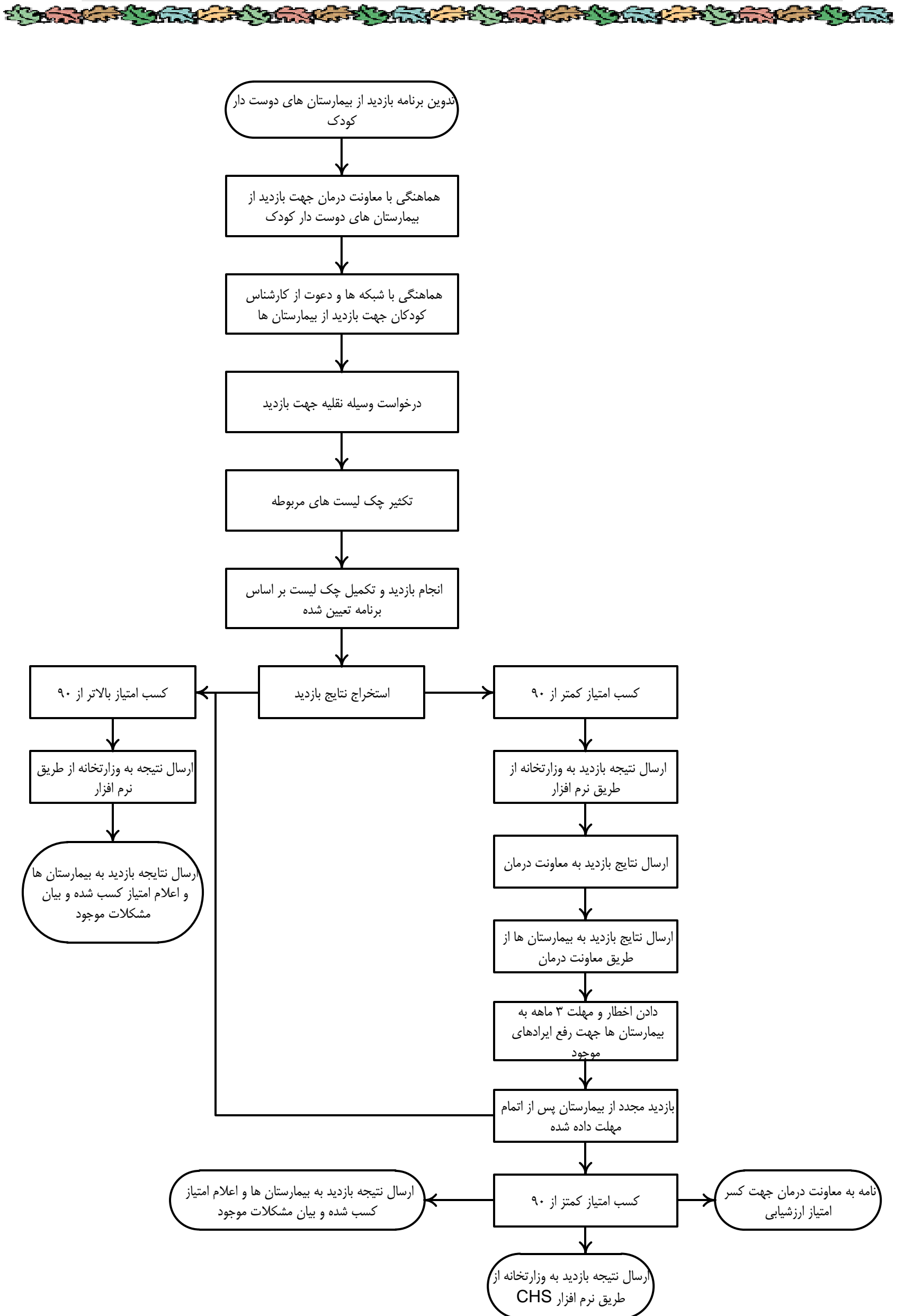


\* لازم به ذکر است برای همه کودکان ۱۲ ماهه لازم است پرسشنامه ASQ تکمیل و ادامه بررسی از اقدام ۳ به بعد صورت می گیرد.

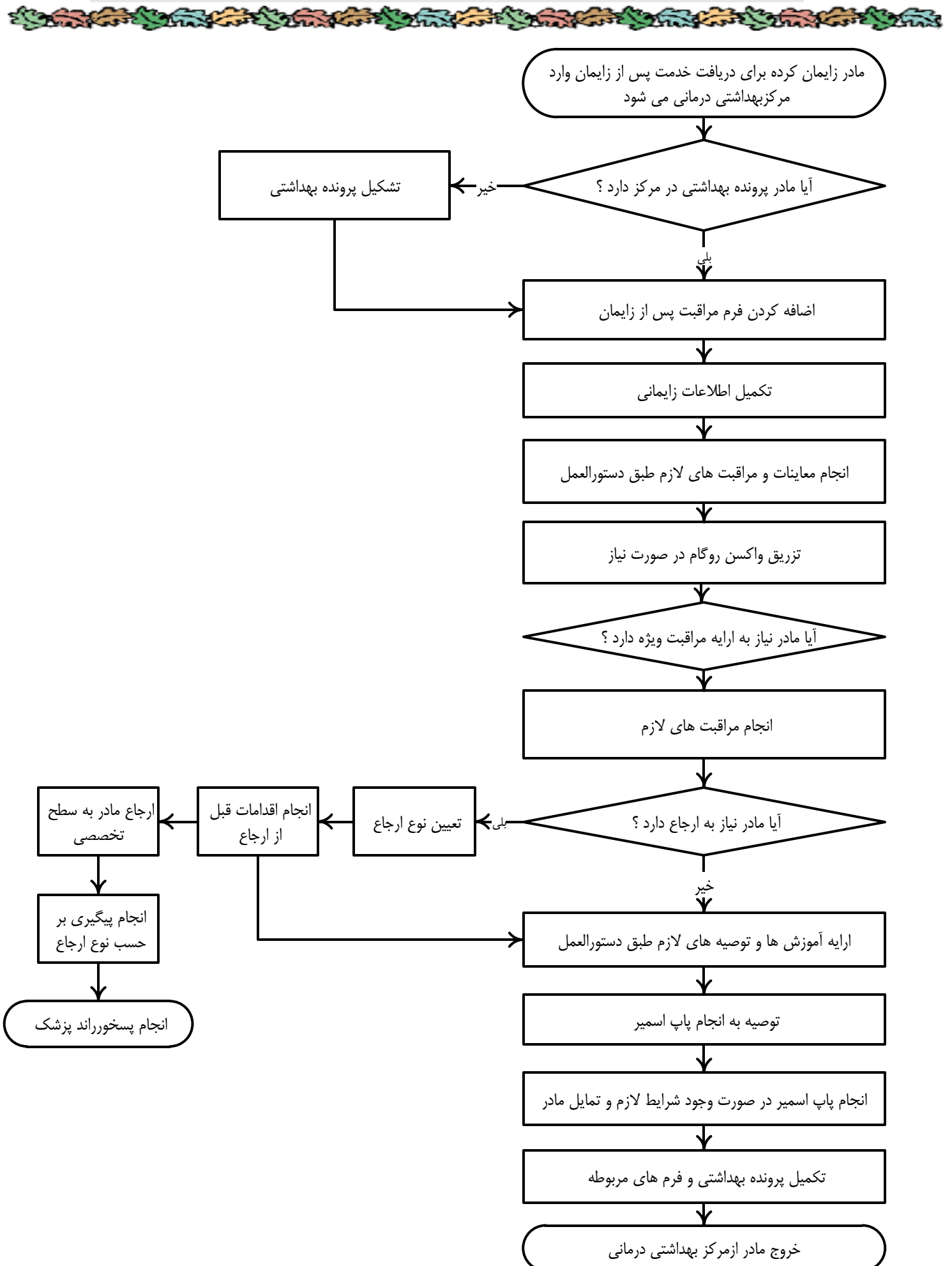
# گردش کار بررسی مرگ کودکان و طراحی مداخله (نظام کشوری مراقبت مرگ کودکان)



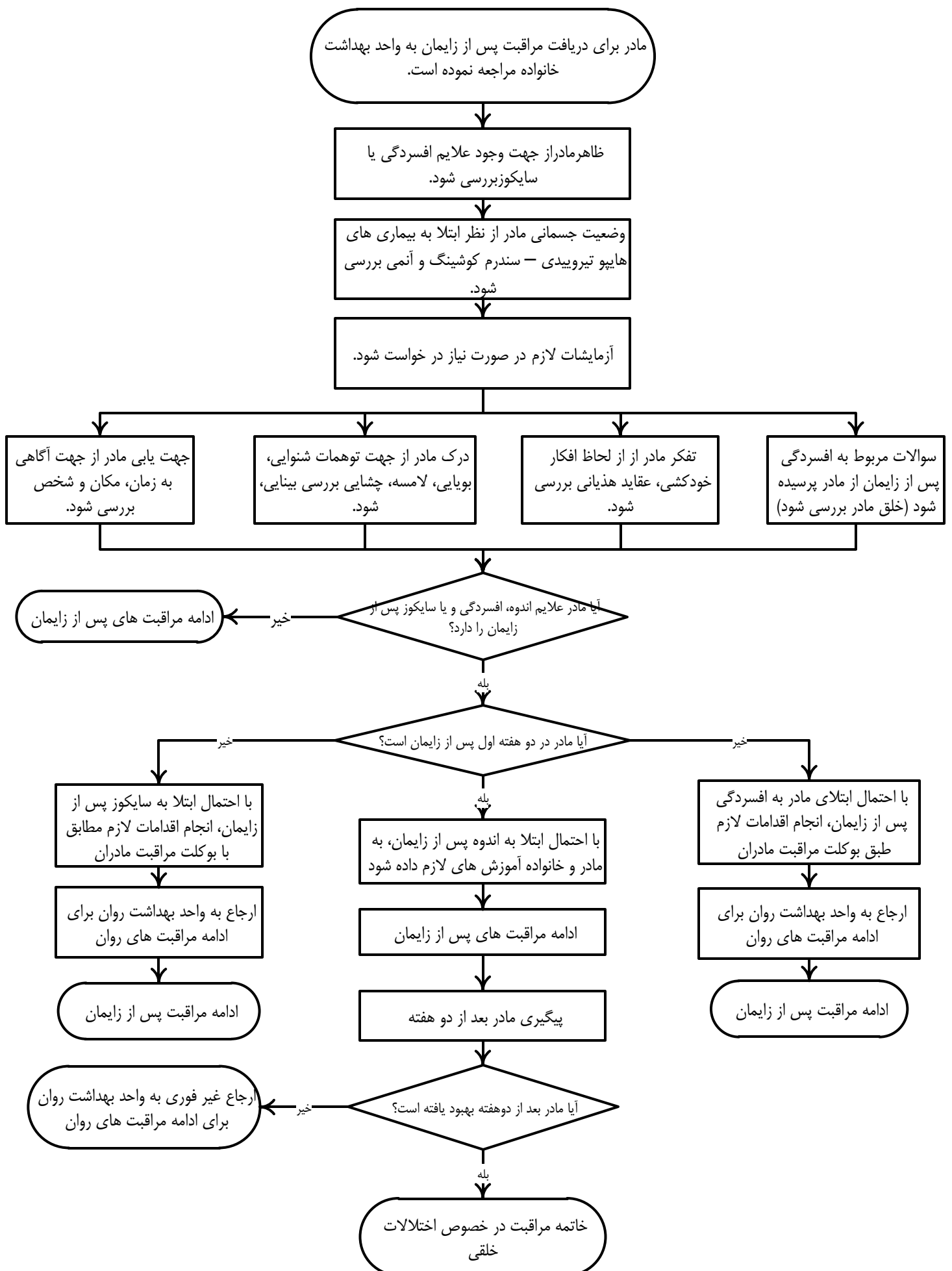
## فرآیند ارزیابی بیمارستان های دوستدار کودک



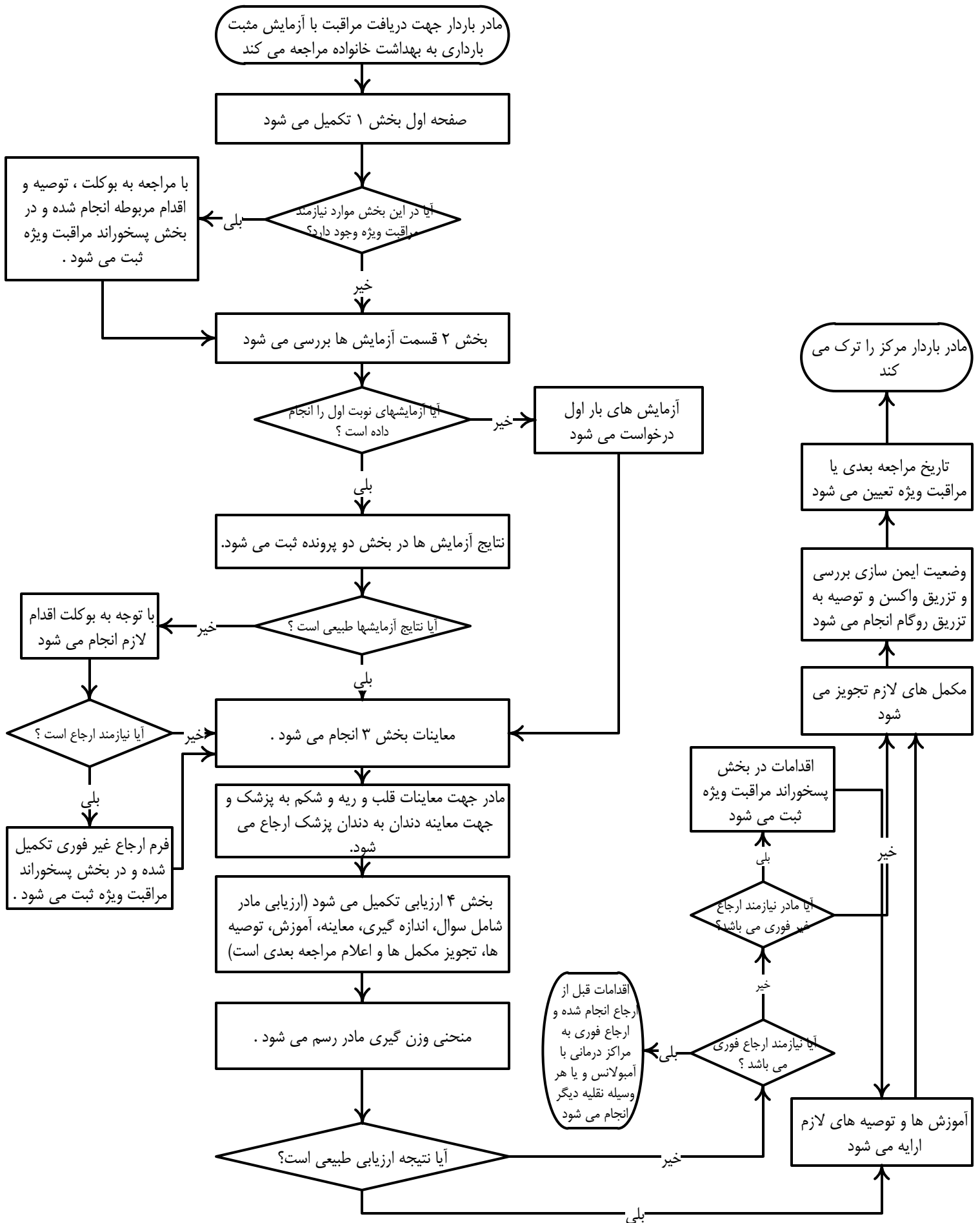
## فرآیند مراقبت پس از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی



# فرآیند شناسایی مادران در معرض خطر و پرخطر اختلالات روانی در دوران پس از زایمان

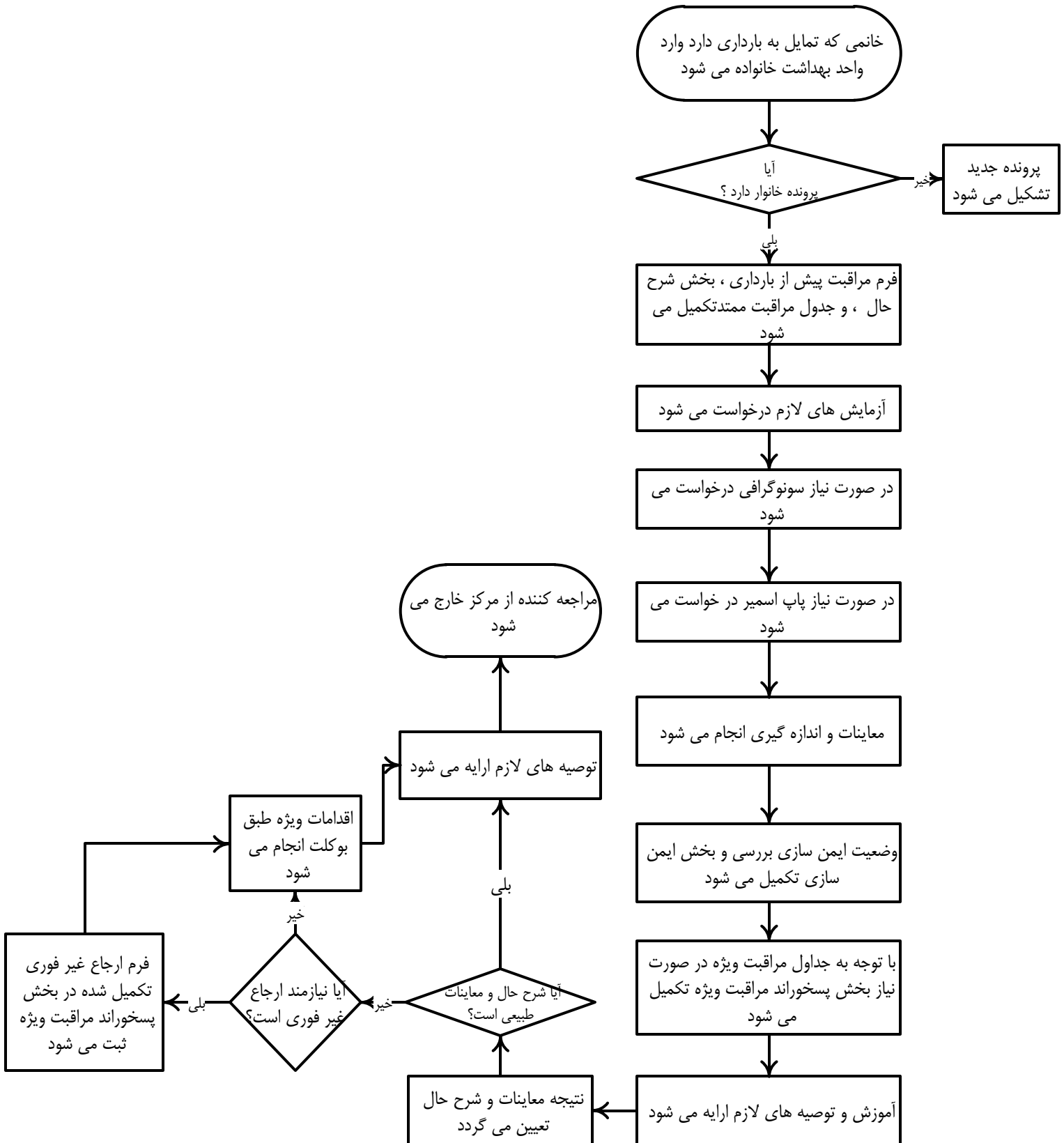


# فرآیند مراقبت مادر باردار بر اساس بوکلت سلامت مادران





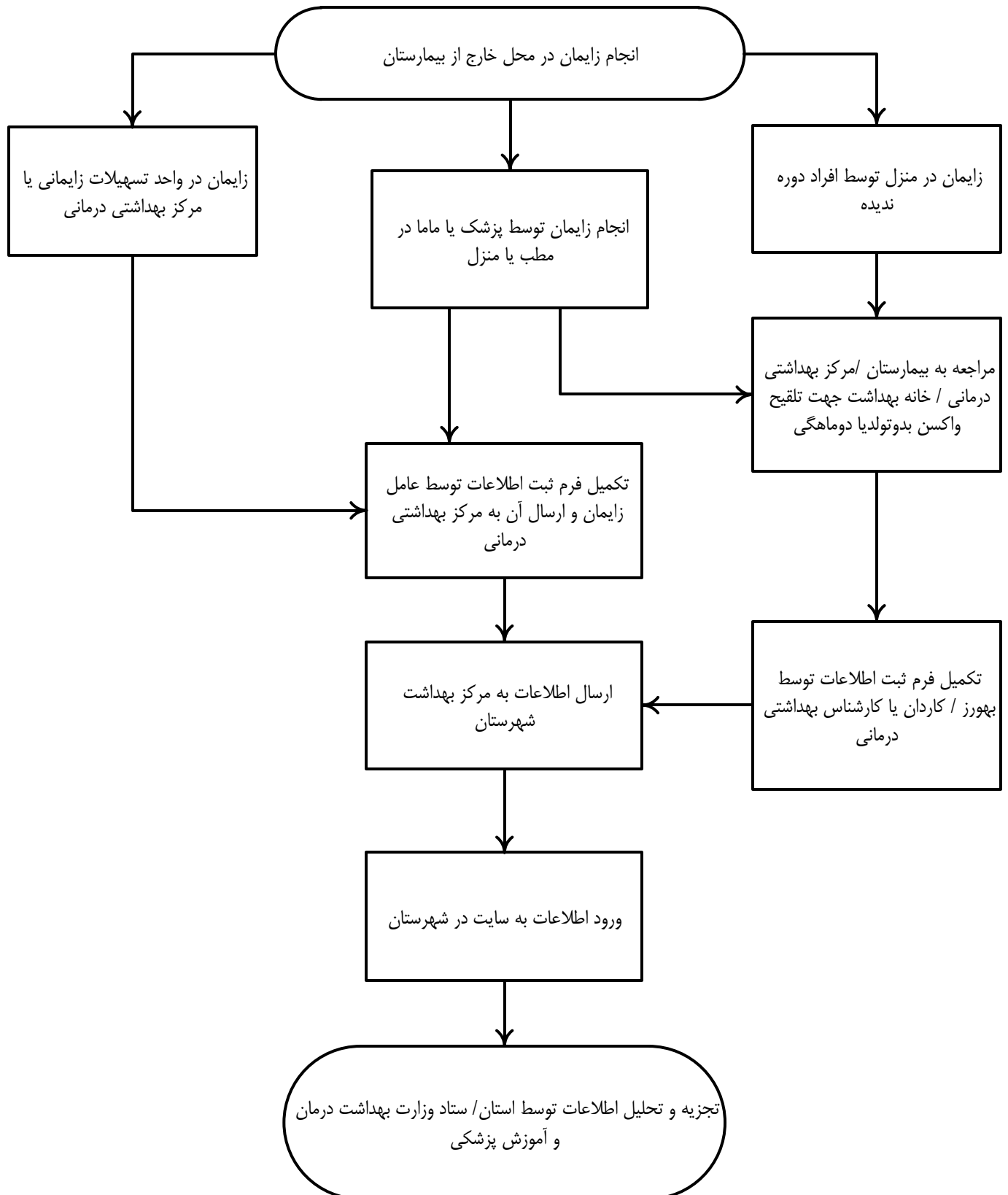
# فرآیند مراقبت پیش از بارداری



## نمودار قالبی شناسایی و ارجاع مادران با اختلالات روانی در دوران پس از زایمان

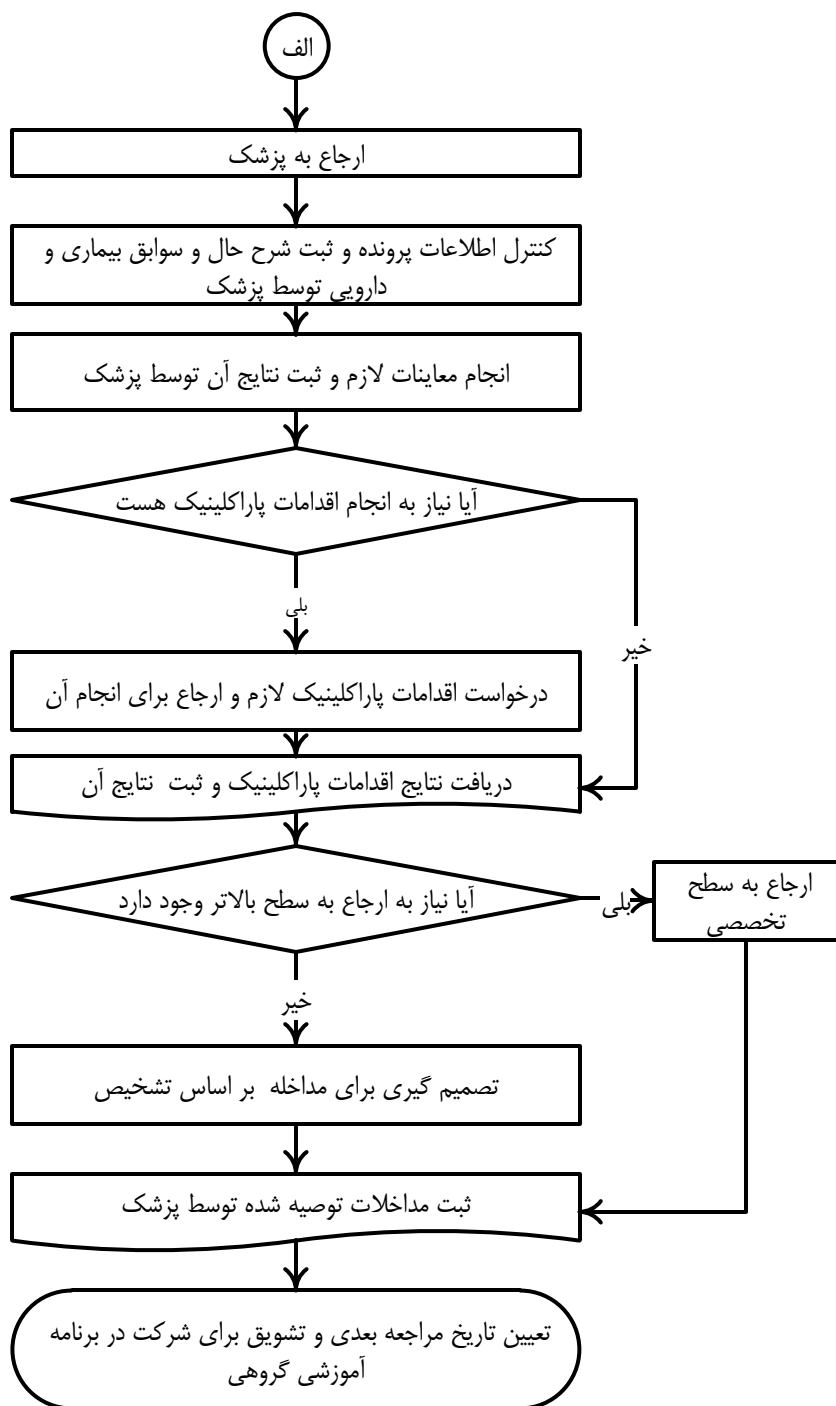


## فرآیند ثبت زایمان های خارج بیمارستانی

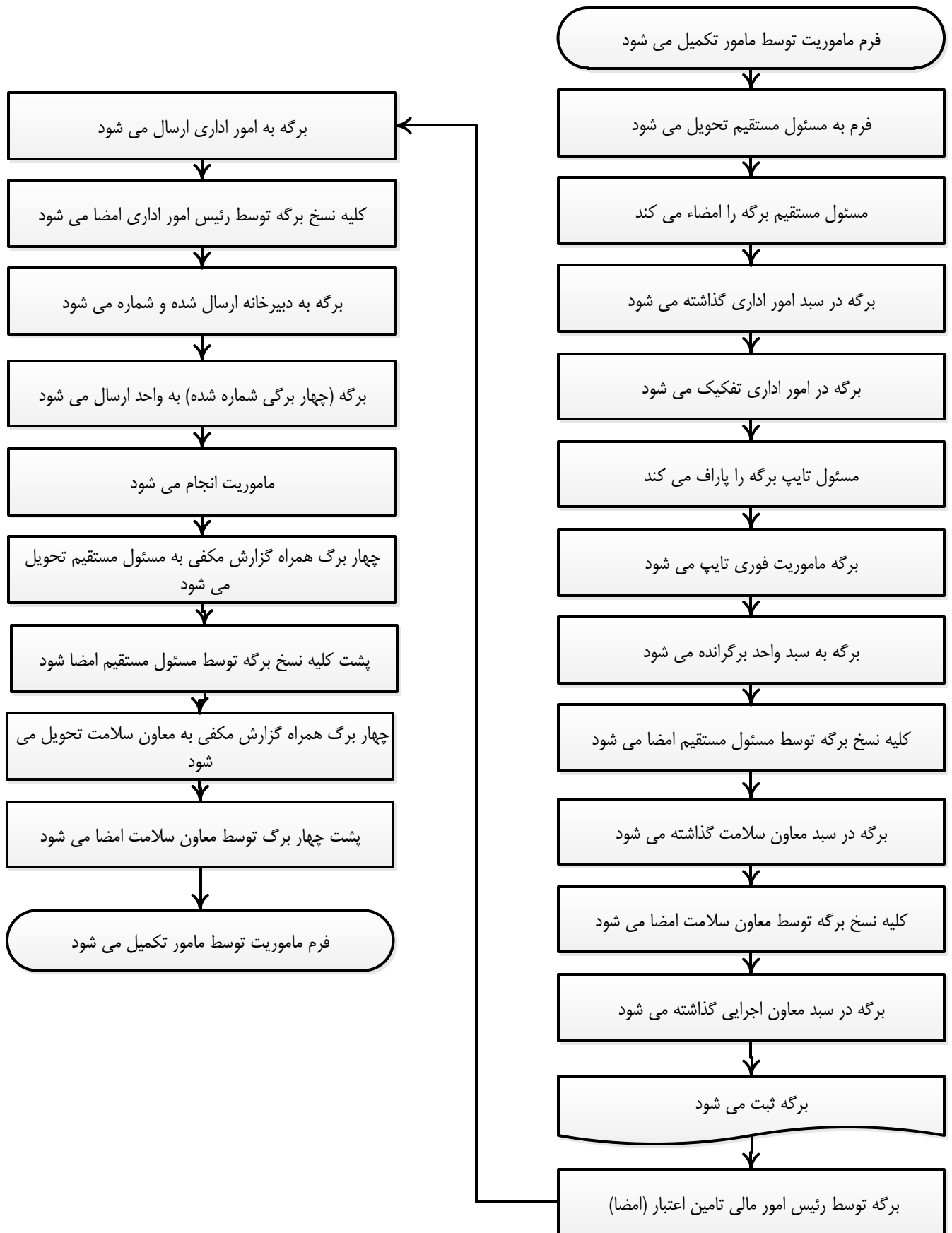




## فرآیند ارزیابی خدمات سلامت زنان میانسال در مراکز بهداشتی درمانی (ادامه)



## فرآیند گردش کار برگه ماموریت خارج از شهر



## فرآیند گردش کار برگه ماموریت داخل شهر

