

แบบประเมินสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง ๖ สัปดาห์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลสุขภาพ		วันที่เยี่ยม.....		
ชื่อ-สกุล.....	ว / ด / ป/ เกิด.....	อายุ.....วัน		
ที่อยู่.....		โทรศัพท์		
๑.๑ ประวัติมารดา	อายุ.....ปี	๑.๒ ประวัติบิดา	อายุ.....ปี	
ชื่อ-สกุล มารดา.....		ชื่อ-สกุล บิดา.....		
โรคประจำตัว.....	ยาที่ใช้ประจำ.....	โรคประจำตัว.....	ยาที่ใช้ประจำ.....	
๑.๓ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด				
วิธีคลอด	อายุครรภ์.....สัปดาห์	คะแนน Apgar.....		
<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าตัดคลอด <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ (V/E , F/E)	<input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด (< ๓๗ สัปดาห์) <input type="checkbox"/> ครบกำหนด (๓๗ - ๔๒ สัปดาห์) <input type="checkbox"/> เกินกำหนด (> ๔๒ สัปดาห์)	น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม ความยาว.....ซม. เส้นรอบศีรษะ.....ซม.		
๑.๔ ประวัติการตรวจและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดก่อนออกโรงพยาบาล				
ผลเลือด		ภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี)		
<input checked="" type="checkbox"/> ไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	PKU <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> เหลือง การรักษา <input type="checkbox"/> ส่งไฟ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนถ่ายเลือด	<input type="checkbox"/> การติดเชื้อ <input type="checkbox"/> เชื้อ	
ตรวจการได้ยิน (OAE) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ		<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> การหายใจ	
๑.๕ ประวัติโภชนาการและการขับถ่าย				
<input type="checkbox"/> นมแม่ วันละ.....มื้อ	การขับถ่าย			
<input type="checkbox"/> นมผง วันละ.....มื้อ ครั้งละ.....ออนซ์	อุจจาระ สี.....จำนวน.....ครั้ง/วัน			
<input type="checkbox"/> อาหารอื่นๆ (ยังไม่ควรได้) ระบุ.....	ปัสสาวะ สี.....จำนวน.....ครั้ง/วัน			
๑.๖ ประวัติวัคซีน <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> HBV ๑ <input type="checkbox"/> HBV ๒ (อายุ ๑ - ๒ เดือน)				
๑.๗ พัฒนาการ				
พัฒนาการที่ควรทำได้	แรกเกิด - ๔ สัปดาห์	๔ - ๖ สัปดาห์	ทำได้	ทำไม่ได้
การทรงตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย	งอแขนขา และเคลื่อนไหวเท่ากัน ๒ ข้างในท่านอนคว่ำ	ชันคอ ผงกศีรษะหันหน้าซ้ายขวา เริ่มเหยียดในท่าคว่ำ		
การใช้ตา และมือ	มองเหม่อ เห็นชัดเฉพาะระยะห่าง ๘ - ๙ นิ้ว	กำมือแน่น จ้องมองสิ่งต่างๆ มองตามไม่เกินเส้นกึ่งกลางของตัว		
การสื่อความหมายและภาษา	ร้องให้ หยุดฟังเสียง	ทำเสียงในคอ		
สังคม	มองหน้าช่วงสั้น เลียนแบบ อ้าปาก แลบลิ้นได้	มองจ้องหน้า		
๑.๘ การตรวจร่างกาย				
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ.....°C	หายใจ.....ครั้ง/นาที		
น้ำหนัก.....กรัม	ความยาว.....ซม.	เส้นรอบศีรษะ.....ซม.	เส้นรอบอก.....ซม.	
ขนาดกระหม่อมหน้า.....ซม.		ขนาดกระหม่อมหลัง.....ซม.		

ลักษณะทั่วไป	ปกติ	ผิดปกติ	ความผิดปกติที่พบ	ลักษณะทั่วไป	ปกติ	ผิดปกติ	ความผิดปกติที่พบ
สีผิว				แขน ขา			
การตื่นตัว				ลักษณะทั่วไป / จำนวนของมือ เท้า เล็บ			
รูปร่างศีรษะและใบหน้า					ท้อง		
ผิวหนัง			ผิวหนัง	ลักษณะ รูปร่าง			
ศีรษะใบหน้า หู คอ และจมูก				สายสะดือ			
ร่องรอยที่เกิดจากการคลอด				ลักษณะอวัยวะเพศ			
ลักษณะทั่วไปของตา				ชาย			
				หญิง			
หู				กระดูกสันหลังและทวารหนัก			
จมูก				รูเปิดผิดปกติที่หลัง			
ปาก และภายในช่องปาก				ทวารหนัก			
คอ(ลักษณะภายนอก)				กล้ามเนื้อและระบบประสาท			
ระบบไหลเวียนเลือด และทางเดินหายใจ				ท่านอน			
รูปทรงวงอก				การเคลื่อนไหวเมื่อถูกกระตุ้น			
การหายใจและเสียงหายใจ				อื่นๆ			
						
				..			

ส่วนที่ ๒ ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร

- ๒.๑ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธี ทำได้ ทำไม่ได้
- ๒.๒ การอาบน้ำและเช็ดสะดือทารก ทำได้ ทำไม่ได้
- ๒.๓ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพมารดาและทารก ทำได้ ทำไม่ได้
- ๒.๔ การมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตร มี ไม่มี

ส่วนที่ ๓ ความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทารก

- อากาศ (ระบุ).....
- ของใช้เด็ก (ระบุ).....
- ที่อยู่อาศัย (ระบุ).....
- อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ ๔ ปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

- ไม่มี มีระบุ.....

ส่วนที่ ๕ สรุปลักษณะสุขภาพ

- ปกติ เสี่ยง (ระบุ) ป่วย (ระบุ)

ส่วนที่ ๖ กิจกรรมดำเนินการ

- ให้การพยาบาล (ระบุ)
- ให้คำแนะนำ เรื่อง (ระบุ)
- นัดรับบริการ/ส่งต่อ (ระบุ)
- แจกเอกสาร (ระบุ)
- นัดเยี่ยมครั้งต่อไป (ว.ด.ป.)
- อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ ๗ ติดตามประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ ๒) ระบุวันที่.....

๑. การรับวัคซีน ได้รับ ระบุ(ชื่อวัคซีน) ไม่ได้รับ อื่นๆ (ระบุ).....
๒. การรับประทานนมแม่ อย่างเดียว นมแม่+นมผสม นมผสมอย่างเดียว
๓. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ระบุรายละเอียด.....

ผู้เยี่ยม.....ตำแหน่ง.....