









شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستور العمل نحوه تکمیل	نمونه‌ی فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرآیندی	نام فرم	شماره‌ی فرم	ردیف
الف - فرم های غربالگری برنامه فنیل کتونوری (واحد غربالگری - شبکه بهداشت و درمان - معاونت بهداشت) - ویرایش : آبان ۹۹															
۱- سه سال ۲- یک سال	۱- فرم های زرد در واحد غربالگری نوزادان ۲- برگه جواب آزمایش (فرم سفید) ارسالی از آزمایشگاه که باید به والدین تحویل داده شود	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نمونه گیر	در هر بار نمونه گیری برای هر نوزاد غربالگری شده در سه برگ	واحد انجام غربالگری	 دستورالعمل نحوه تکمیل فرم نمونه گیری	 فرم شماره 1- نمونه گیری غربالگری نوزادان	در ۴ برگ پشت کاربن دار	ثبت اطلاعات فردی	شناسایی	فرم نمونه گیری، برنامه غربالگری نوزادان	HD-IMD-00-MN-FO-001-00 (فرم شماره ۱)	۱
نزد والدین	بایگانی ندارد	ارسال به سطوح بالاتر ندارد	در پایان انجام نمونه گیری	تحویل به والدین	نمونه گیر	در هر بار نمونه گیری برای هر نوزاد غربالگری شده در یک برگ	واحد انجام غربالگری	 دستورالعمل فرم رسید غربالگری.pdf	 رسید انجام غربالگری رسید به والدین.pdf	قطعه A6	ثبت اطلاعات فردی	شناسایی	فرم رسید انجام غربالگری	HD-IMD-00-MN-FO-20-00	۲





شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) – ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستور العمل نحوه تکمیل	نمونه ی فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرایندی	نام فرم	شماره ی فرم	ردیف
۱۰ سال	در واحد غربالگری متابولیک	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نمونه گیر	در هر بار نمونه گیری برای هر نوزاد غربالگری شده یک ردیف تکمیل شود	واحد انجام غربالگری	 دستورالعمل نحوه تکمیل نمونه گیری مجدد	 فرم شماره 2 -دفتر آزمند نمونه گیری مجدد	به صورت دفتر است	ثبت اطلاعات-لیست خطی	شناسایی	دفتر ثبت و پیگیری نتایج مثبت غربالگری و نیاز به نمونه گیری مجدد در مرکز نمونه گیری	HD-IMD-00-MN-FO-002-00 (فرم شماره ۲)	۴






شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) – ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستور العمل نحوه تکمیل	نمونه‌ی فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرآیندی	نام فرم	شماره‌ی فرم	ردیف
۳ سال	در واحد غربالگری متابولیک	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	تحويل گیرنده نمونه	در هر بار تحويل نمونه	واحد انجام غربالگری و محل تحويل نمونه به آزمایشگاه	 دستورالعمل نحوه تکمیل فرم تحويل نمونه	 فرم تحويل نمونه به انتقال و حمل نمونه ها	به صورت دفتر با برگه است	ثبت اطلاعات-لیست خطی	شناسایی	فرم تحويل نمونه‌های کاغذ گاتری به مسوول حمل نمونه به آزمایشگاه / مسوول دریافت نمونه در آزمایشگاه	فرم تحويل نمونه HD-IMD-00-MN-FO-21-00	۴

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستور العمل نحوه تکمیل	نمونه‌ی فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرآیندی	نام فرم	شماره‌ی فرم	ردیف
دائمی	فرم تکمیل شده در فولدر الکترونیک یا دستی آمارهای ماهیانه واحد نمونه گیری و مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود	نمونه گیر	تا ۱۰ امین روز هر ماه	مرکز بهداشت شهرستان	نمونه گیر	آخرین روز هر ماه	واحد انجام غربالگری	 دستورالعمل نحوه ارائه غربالگری متابولیک	 فرم گزارش ماهیانه غربالگری متابولیک و ارائه غربالگری متابولیک	به صورت اکسل	جمع بندی فرم شماره ۲	شناسایی	فرم گزارش ماهیانه غربالگری متابولیک و PKU	HD-IMD-00-MN-FO-003-00 (فرم شماره 3)	۵
دائمی	در فولدر الکترونیک آمارهای مرکز بهداشت شهرستان	کارشناس ژنتیک شهرستان	فصلی	معاونت بهداشت	کارشناس ژنتیک شهرستان	در هر بار اعلام مورد مشکوک	مرکز بهداشت شهرستان	 دستورالعمل نحوه اعلام مشکوک غیر کلاسیک	 فرم لیست خطی موارد مشکوک مشکوک فنیل کتونوری	به صورت اکسل	ثبت اطلاعات فردی-لیست خطی	شناسایی-تایید تشخیص	فرم لیست خطی موارد مشکوک PKU	HD-IMD-00-MN-FO-22-00	۶



شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	در فولدر الکترونیک آمارهای فینل کتونوری ستاد شهرستان	کارشناس ژنتیک شهرستان	۲۰ امین روز ماه اول هر فصل	معاونت بهداشت دانشگاه امرکز بهداشت استان	کارشناس ژنتیک شهرستان	پایان هر فصل	مرکز بهداشت شهرستان	 دستورالعمل نحوه بلی غربالگری متابولیک	 فرم شماره 4 غربالگری x.فصلی ستاد دانشگاه  فرم شماره 4 غربالگری تابولیک ستاد شهرستان	فرم اکسل	جمع بندی فرم گزارش ماهانه غربالگری	شناسایی	فرم گزارش فصلی غربالگری متابولیک و PKU	HD-IMD-00-MN-FO-004-00 (فرم شماره ۴)	۷
۳ سال	در واحد نمونه گیری الصاق به ته برگ مربوطه	نمونه گیر و مسوول درمانگاه (منشی درمانگاه) سعادتستان، منتخب	آنی	به بیمارستان منتخب - به واحد نمونه گیری	نمونه گیر یا کارشناس ژنتیک - متخصص منتخب بیمارستان	در زمان مورد نیاز	واحد ارجاع دهنده و بیمارستان منتخب	 دستورالعمل نحوه یک ارجاع به بیمارستان	 فرم ارجاع موارد مثبت یک به بیمارستان منتخب	در یک نسخه ته برگ دار (فرم ارجاع و پس خواند ارجاع)	ثبت اطلاعات فردی	شناسایی و تشخیص	فرم ارجاع موارد مثبت تائید بیماری و موارد مشکوک بیماری به بیمارستان	HD-IMD-00-MN-FO-013-00	۸


شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
<p>ب- فرم های مشاوره و مراقبت ژنتیک برنامه فنیل کتونوری (واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی- واحد های جامع سلامت- شبکه بهداشت و درمان - معاونت بهداشت)- ویرایش : آبان ۹۹  <b>توجه : فرم های فرایند مشاوره ژنتیک در PKU، مطابق با دستورالعمل مشاوره ژنتیک اجتماعی می باشد (رجوع شود به آخرین دستورالعمل ژنتیک اجتماعی ارسالی)</b></p>															
دائمی	در واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	در هر بار مراجعه به واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	 دفتر ثبت مراجعات ژنتیک- دستورالعمل.pdf	 دفتر ثبت مراجعات ژنتیک.pdf	به صورت دفتر	لیست خطی	مشاوره ژنتیک	فرم دفتر ثبت مراجعات مشاوره ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۹
دائمی	در پرونده ژنتیک زوجین	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	آنی	به متخصص مربوطه	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	در صورت نیاز	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	 درخواست نظریه مشاوره ژنتیک- دستورالعمل.pdf	 فرم درخواست نظریه مشاوره ژنتیک.pdf	ارجاع و پس خوراند ارجاع	ثبت اطلاعات فردی	مشاوره ژنتیک	فرم درخواست نظریه مشاوره ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۰

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹





مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرایندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	در پرونده ژنتیک زوجین	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	آنی	آزمایشگاه تشخیص ژنتیک	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	در صورت نیاز	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	فرم ارجاع تشخیص ژنتیک - دستورالعمل.pdf		فرم ارجاع و پس خوراند ارجاع	ثبت اطلاعات فردی	مشاوره و تشخیص ژنتیک	فرم ارجاع تشخیص ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۱
دائمی	یک نسخه در پرونده ژنتیک زوجین یک نسخه در مرکز جامع سلامتی که زوج جهت مراقبت ارجاع شده اند	تیم مشاور ژنتیک اجتماعی	آنی	ارسال فرم با نامه به مرکز بهداشت شهرستان	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	در صورت نیاز	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	فرم اعلام وضعیت ژنتیک - دستورالعمل جدید - 5م 5 جدید.pdf		در دو نسخه تکمیل شود	ثبت اطلاعات فردی	مشاوره و مراقبت ژنتیک	فرم اعلام وضعیت مراقبت ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۲

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹





مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	در پرونده ژنتیک زوجین	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	پزشک مشاور ژنتیک دوره دیده	در صورت نیاز	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی	 فرم اظهار نامه ژنتیک - دستورالعمل.pdf	 فرم اظهار نامه ژنتیک.pdf	مستند قانونی و نگهداری اصل آن مهم است	ثبت اطلاعات فردی	مشاوره ژنتیک	فرم اظهار نامه مشاوره ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۳
دائمی	۱. چنانچه پیگیری منجر به ارائه مشاوره ژنتیک شد، در پرونده ژنتیک زوجین ۲. اگر منجر به ارائه خدمت نشد در زونکن زوجین در معرض خطر احتمالی	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	مراقب سلامت/بهورز	در هر مورد معرفی زوجین در معرض خطر احتمالی	واحد ارائه دهنده خدمات سلامت	 فرم مراقب زوجین در احتمالی_دستورالعمل	 فرم مراقب زوجین در معرض خطر احتمالی.p	فرم ثبت پیگیری	ثبت اطلاعات فردی در یک صفحه	مراقبت ژنتیک	فرم مراقبت زوجین در معرض خطر احتمالی	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۴




شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	در واحد ارائه خدمت سلامت	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	مراقب سلامت/بهورز	در هر بار پیگیری	واحد ارائه دهنده خدمات سلامت	 دفتر پیگیری مراقبت ژنتیک.pdf	 دفتر پیگیری مراقبت ژنتیک.pdf	به صورت دفتر پیگیری	لیست خطی اطلاعات	مراقبت ژنتیک	فرم دفتر پیگیری مراقبت ژنتیک در برنامه ی ژنتیک اجتماعی	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۵
دائمی	مرکز جامع سلامت - اتاق سرپرست مرکز	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	نیازی به ارسال نیست	مراقب سلامت/بهورز	در هر پرونده بررسی شده	مرکز جامع سلامتی مراقبت ژنتیک زوج/بیماران	 دفتر صورتجلسات.pdf	 دفتر صورتجلسات.pdf	به صورت دفتر مستند قانونی	ثبت اطلاعات یک پرونده ژنتیک در فرم	مراقبت ژنتیک/ بیمار	فرم دفتر صورتجلسات برنامه های ژنتیک اجتماعی مرکز جامع سلامت	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۶

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) – ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	فرم تکمیل شده در فولدر الکترونیک یا دستی آمارهای ماهیانه واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی و به صورت الکترونیک در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود	مراقب سلامت ژنتیک کارشناس ژنتیک شهرستان	تا دهمین روز ماه اول هر فصل تا ۱۵ امین روز ماه اول هر فصل	مرکز بهداشت شهرستان معاونت بهداشت/ مرکز بهداشت استان	مراقب سلامت ژنتیک کارشناس ژنتیک شهرستان	پایان هر فصل	واحد مشاوره ژنتیک اجتماعی مرکز بهداشت شهرستان	 فرم خلاصه عملکرد مشاوره ژنتیک عملکرد مشاوره ژنتیک دستورالعمل تکمیل	 فرم خلاصه عملکرد مشاوره ژنتیک عملکرد مشاوره ژنتیک	آماری	جمع بندی ثبت مراجعات مشاوره ژنتیک	مشاوره ژنتیک	فرم خلاصه عملکرد مشاوره ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۷
دائمی	فرم تکمیل شده در فولدر الکترونیک مراقبت ژنتیک واحد خدمات سلامت بایگانی شود	مراقب سلامت/بهورز	تا ۱۰ امین روز هر ماه	مرکز بهداشت شهرستان	مراقب سلامت/بهورز	ماهانه به روز شود	واحد ارائه دهنده خدمات سلامت (مرکز/رایگاه/خانه بهداشت و ...)	 تکمیل فرم مراقبت ژنتیک	 فرم گزارش ماهانه ت ژنتیک متابولیک ارثی	فرم اکسل	لیست خطی	مراقبت ژنتیک	فرم گزارش ماهانه مراقبت ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۸


شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) – ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسئول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسئول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرایندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	در فولدر الکترونیک مراقبت ژنتیک شهرستان بایگانی شود	کارشناس ژنتیک شهرستان	تا ۱۵ امین روز ماه اول هر فصل	معاونت بهداشت دانشگاه/مرکز بهداشت استان	کارشناس ژنتیک شهرستان	پایان هر ماه	مرکز بهداشت شهرستان	 تکمیل فرم مراقبت ژنتیک.pdf	 فرم گزارش ماهانه ت ژنتیک متابولیک ارثی	فرم اکسل	لیست خطی	مراقبت ژنتیک	فرم گزارش فصلی مراقبت ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۱۹
دائمی	در فولدر الکترونیک آمارهای متابولیک ثبت در پورتال وزارت	کارشناس ژنتیک دانشگاه	پایان ماه اول فصل	اداره ژنتیک وزارت بهداشت	کارشناس ژنتیک دانشگاه	پایان هر فصل	معاونت بهداشت دانشگاه/مرکز بهداشت استان	 تکمیل فرم مراقبت ژنتیک.pdf	 فرم گزارش ماهانه ت ژنتیک متابولیک ارثی	فرم اکسل	جمع بندی فرم ماهانه مراقبت ژنتیک	مراقبت ژنتیک	فرم گزارش فصلی مراقبت ژنتیک	مطابق دستورالعمل ژنتیک اجتماعی	۲۰





شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) – ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسوول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسوول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه‌ی فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرابندی	نام فرم	شماره‌ی فرم	ردیف
<b>ج- فرم های کنترل و درمان – بیمارستان</b>															
دائمی	در فولدر الکترونیک بروز مرکز بهداشت شهرستان و معاونت بهداشت در پورتال اداره ژنتیک در قسمت بروز برنامه ژنتیک اجتماعی تکمیل شود.	کارشناس ژنتیک شهرستان	در اسرع وقت	معاونت بهداشت/مرکز بهداشت استان	کارشناس ژنتیک شهرستان	در هر بار بروز بیماری فنیل کتونوری	مرکز بهداشت شهرستان	 دستورالعمل نحوه پراری های متابولیک ارثی	 فرم بررسی ماری های ارثی ژنتیکی	در دو نسخه تهیه شود	ثبت اطلاعات فردی	مراقبت ژنتیک/بیمار	فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد بروز بیماری های ارثی ژنتیکی	HD-IMD-00-MN-FO-005-00	۲۱
دائمی	در فولدر الکترونیک درمانگاه متابولیک/ PKU بیمارستان منتخب	کارشناس تغذیه متابولیک	ت دهمین روز هر ماه	معاونت بهداشت/مرکز بهداشت استان	کارشناس تغذیه/مددکار/ مسوول درمانگاه	پایان هر ماه	درمانگاه متابولیک / PKU بیمارستان منتخب	 دستورالعمل تکمیل ایی بیمارستان متابولیک	 فرم اعلام تشخیص مارتستان- فرم شماره 11	اکسل	لیست خطی – اطلاعات فردی	مراقبت بیمار	فرم اعلام تشخیص نهایی بیمار (فرم شماره ۱۱)	HD-IMD-00-MN-FO-017-00	۲۲

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسئول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسئول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرایندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	فولدر الکترونیک مراقبت ژنتیک واحد سلامت	مراقب سلامت/ بهورز	دهمین روز هر ماه	مرکز بهداشت شهرستان	مراقب سلامت/ بهورز	ماهنامه	واحد خدمات سلامت	 دستورالعمل فرم معلولیت-واحد سلامت	 فرم ماهنامه اعلام معلولیت-واحد سلامت	اکسل	لیست خطی	مراقبت بیمار	فرم ماهنامه اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت-واحد سلامت	HD-IMD-00-MN-FO-23-00	۲۳
دائمی	فولدر الکترونیک مراقبت ژنتیک ستاد شهرستان	کارشناس ژنتیک شهرستان	۱۵ امین روز ماه اول هر فصل	معاونت بهداشت/مرکز بهداشت استان	کارشناس ژنتیک شهرستان	فصلی	ستاد شهرستان	 دستورالعمل فرم معلولیت-واحد سلامت	 فرم فصلی اعلام ش معلولیت-شهرستان	اکسل	لیست خطی	مراقبت بیمار	فرم فصلی اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت	HD-IMD-00-MN-FO-24-00	۲۴

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹

مدت بایگانی فرم تکمیل شده	محل بایگانی فرم تکمیل شده	مسئول ارسال فرم تکمیل شده	بازه زمانی ارسال فرم تکمیل شده	محل ارسال فرم تکمیل شده	مسئول تکمیل فرم	زمان تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	دستورالعمل نحوه تکمیل	نمونه فرم	ویژگی فرم	نوع فرم	بلوک فرایندی	نام فرم	شماره فرم	ردیف
دائمی	فولدر الکترونیک آمار ژنتیک معاونت بهداشت	کارشناس ژنتیک معاونت	پایان ماه اول هر فصل	اداره ژنتیک وزارت بهداشت	کارشناس ژنتیک معاونت	پایان هر فصل	مرکز بهداشت استان / معاونت بهداشت	 دستورالعمل فرم مراقبت کاهش معلولیت- واحد سلامت	 فرم گزارش فصلی مراقبت کاهش معلولیت- واحد سلامت	ندارد	جمع بندی گزارش	مراقبت بیمار	فرم گزارش فصلی اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت	HD-IMD-00-MN-FO-24-00	۲۵
دائمی	در فولدر الکترونیک درمانگاه متابولیک/ PKU بیمارستان منتخب	مددکار متابولیک	ت دهمین روز هر ماه	معاونت بهداشت/ مرکز بهداشت استان	مددکار / مسئول درمانگاه	پایان هر ماه	درمانگاه متابولیک / PKU بیمارستان منتخب	 دستورالعمل تکمیل فرم گزارش غیبت از درمان	 فرم گزارش غیبت از درمان.XLSX	اکسل	لیست خطی - اطلاعات فردی	مراقبت بیمار	فرم گزارش غیبت از درمان	HD-IMD-00-MN-FO-25-00	۲۶

شناسنامه فرم های برنامه های ژنتیک اجتماعی (غربالگری فنیل کتونوری نوزادان) - ویرایش ۱۳۹۹