

این فرم به صورت ماهیانه بر اساس لیست خطی بیماران ژنتیک تحت پوشش واحد سلامت (در حال حاضر بیماران متابولیک/PKU) و همچنین نتیجه پیگیری موارد گزارش شده غیبت از درمان، توسط مراقبین سلامت تکمیل و به روز رسانی شده و ظرف ۱۰ روز اول ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود.

نکته ۱: چنانچه بیماری مهاجرت یا فوت کرد، نام آن بیمار در فرم ماهیانه رخداد ثبت شده و مهاجرت یا فوت نوشته می‌شود. بدیهی است نام آن بیمار در فرم اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت ماه بعد، از لیست مذکور حذف می‌شود.

نکته ۲: در این فرم موارد مشکوک ارجاع شده به بیمارستان که هنوز تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک متخصص مربوطه داده نشده است، نیز ثبت شود. این موارد در ستون نام بیماری به عنوان "تحت نظر" ثبت گردند.

■ **محل تکمیل فرم:** مرکز جامع سلامت/ خانه بهداشت/ پایگاه سلامت/...

■ **مسئول تکمیل فرم:** نمرقاب سلامت

■ **چگونگی تکمیل فرم:** فرم ماهیانه اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت

✓ **ستون های تاریخ به روز رسانی اطلاعات بیمار:** بر اساس آخرین بازنگری کامل لیست بیماران تکمیل شود.

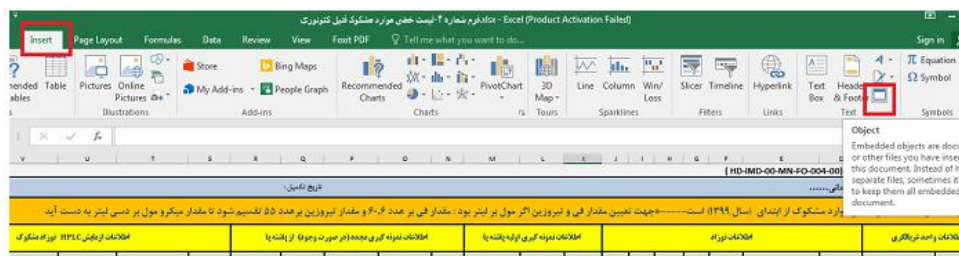
✓ **گزارش بروز در سال:** سال تکمیل فرم گزارش بروز

✓ **نام بیماری:** نام دقیق بیماری بر اساس فرم گزارش بروز تکمیل شود. در خصوص فنیل کتونوری: نوع بیماری بر اساس تشخیص نهایی پزشک متخصص مربوطه ثبت شود. موارد مشکوک ارجاع شده به بیمارستان که هنوز تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک متخصص مربوطه داده نشده است، نیز ثبت شود. این موارد در ستون نام بیماری به عنوان "تحت نظر" ثبت گردند.

✓ **ستون های مربوط به اطلاعات مراقبت بیمار:** با همکاری کارشناس ژنتیک معاونت بهداشت، رابط بیمارستان و بیمار تکمیل می‌شود.

✓ **فرم بروز تکمیل شده بیمار،** در سلول مربوطه به روش زیر بارگذاری شود:

1-insert object



- 2-Great from file
- 3-Browse
- 4-Display as icon

