

به نام خالق هستی

دستورالعمل برنامه غربالگری، تشخیص و مداخله بموقع شنوایی نوزادان و کودکان ویژه کارشناس و مسئولین مراکز ارائه خدمات در چارچوب تفاهم نامه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور

شرح وظایف بهورز/مراقب سلامت

- اطلاع رسانی و آموزش عموم مردم و زنان باردار درباره اختلالات شنوایی و عوارض آن
- شناسایی زنان باردار و اطلاع از زمان زایمان آنان توسط بهورز و مراقب سلامت
- بررسی نوزاد در اولین مراجعه درمورد انجام غربالگری شنوایی
- ارجاع نوزادانی که غربالگری شنوایی در مورد آنها انجام نشده است به مراکز منتخب غربالگری کم شنوایی در مراکز شهرستان یا مراکز خدمات جامع سلامت (بر اساس لیست پیوست)
- گرفتن پسخوراند از کارشناس شنوایی شناسی بهزیستی و ثبت در سامتته الکترونیک
- پیگیری مستمر نوزادان و کودکان جهت انجام غربالگری

۱. در اولین مراقبت در زمان نوزادی بهورز / مراقب سلامت سؤال می کند آیا غربالگری کم شنوایی (CHL)

در مورد نوزاد انجام شده است؟

○ خیر و نوزاد فاقد کارت غربالگری شنوایی است

ضمن ثبت در سامانه الکترونیک، نوزاد جهت اجرای غربالگری به واحد غربالگری شنوایی سازمان بهزیستی مستقر در

مراکز شهرستان یا مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با صدور فرم ارجاع داده شود.

پیگیری انجام غربالگری نوزاد ارجاع شده بر عهده بهورز/مراقب سلامت می باشد.

○ بلی و نوزاد دارای کارت غربالگری شنوایی می باشد

ثبت در سامانه الکترونیک (در صورت عدم دسترسی کارشناس شنوایی سنجی) توسط بهورز/مراقب سلامت انجام می

شود.

۲- پیگیری نوزادان غربالگری شده با نتیجه مشکوک جهت تشخیص بموقع (قبل از ۲ ماهگی):

- مراقب سلامت / بهورز بر اساس نتایج غربالگری شنوایی نوزاد موارد مشکوک به کم شنوایی ، از والدین در مورد انجام آزمایشات کامل تشخیصی شنوایی نوزاد یا کودک سؤال می شود و مستندات مربوطه از والدین اخذ می شود. در این مرحله نیز وظیفه مراقب سلامت / بهورز تنها پیگیری و ثبت در سامانه الکترونیک (در صورت عدم دسترسی کارشناس شنوایی سنجی)شود.
- ثبت نتیجه آزمایشات شنوایی مندرج در کارت غربالگری شنوایی نوزاد به تفکیک گوش راست و چپ به همراه تاریخ انجام غربالگری در سامانه الکترونیک توسط بهورز/مراقب سلامت (در صورت عدم دسترسی کارشناس شنوایی سنجی)

۳-پیگیری نوزادان تشخیص داده شده با نتیجه مثبت جهت مداخله درمانی بموقع (قبل از ۶ ماهگی):

- در این مرحله فقط مراقب سلامت/بهورز والدین نوزاد یا کودک را جهت انجام مداخلات درمانی (بر اساس لیست پیوست)ترغیب می کند

- دادن پفلت های آموزشی به خانواده
- شرکت در کلاس های آموزشی
- جمع آوری اطلاعات و گزارش اطلاعات به مرکز بهداشت شهرستان

وظایف کارشناس غیر واگیر شهرستان در برنامه کشوری غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان

۱. انجام هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی (معرفی و اعلام نشانی مراکز غربالگری، مراکز منتخب به مراکز سلامت جامع و)
۲. همکاری مستمر با پرسنل اجرایی سطوح پایین تر
۳. پایش و نظارت بر حسن اجرای برنامه
۴. گزارش گیری از سطوح پایین تر و گزارش دهی به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
۵. ارزیابی نتایج غربالگری و مداخلات انجام شده در سطح شهرستان
۶. برقراری و استمرار رابطه فعال با فوکال پوینت های شهرستانی

وظایف کارشناس مسئول غیر واگیر دانشگاه در برنامه کشوری غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان در نظام سلامت

- ۱) انجام هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی (معرفی و اعلام نشانی مراکز غربالگری، مراکز منتخب به مراکز سلامت جامع و)
- ۲) همکاری مستمر با پرسنل اجرایی سطوح پایین تر
- ۳) پایش و نظارت بر حسن اجرای برنامه
- ۴) گزارش گیری از سطوح پایین تر و گزارش دهی به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
- ۵) شرکت در دوره های آموزشی و بازآموزی مشترک وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی کشور در ارتباط با برنامه
- ۶) ارزیابی نتایج غربالگری و مداخلات انجام شده
- ۷) شرکت در جلسات و همایش های ملی در ارتباط با برنامه کشوری غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان
- ۸) همکاری در اجرای تحقیقات کاربردی مورد نیاز برنامه
- ۹) برقراری و استمرار رابطه فعال با فوکل پوینت های شهرستانی و استانی برنامه

وظایف معاونت بهداشتی دانشگاه

- ۱) همکاری با معاونت درمان و دارو در نظارت ، پایش ، پیگیری و ارزشیابی
- ۲) بررسی نتایج غربالگری و مداخلات لازم و تجزیه و تحلیل اطلاعات
- ۳) همکاری در اجرای تحقیقات کاربردی مورد نیاز برنامه
- ۴) تأمین فضای مناسب جهت اجرای غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی (پایگاه های سلامت و در صورت لزوم تسهیلات زایمانی) دانشگاه ها

کارت گزارش شناسایی، تشخیص و مداخله درمانی زودهنگام شنوایی

نوزادان و شیرخواران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اداره سلامت گوش و شنوایی

سازمان بهزیستی کشور

معاونت پیشگیری از معلولیتها

نام مرکز غربالگری:	نام مرکز تشخیص:	نام مرکز درمانی:																																																							
استان: _____ شهر: _____ کد مرکز: _____ تلفن: _____	استان: _____ شهر: _____ کد مرکز: _____ تلفن: _____	استان: _____ شهر: _____ کد مرکز: _____ تلفن: _____																																																							
نام کودک: _____ سن کودک: _____ شماره ملی مادر: _____ تماس: _____	نام کودک: _____ سن کودک: _____ شماره ملی: _____ تلفن تماس: _____	نام کودک: _____ سن کودک: _____ شماره ملی: _____ تلفن تماس: _____																																																							
عامل خطر <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد ذکر عامل خطر: _____	تاریخ مراجعه: _____ تاریخ تکمیل تشخیص: _____ آزمایشات انجام شده: _____	تاریخ مراجعه: _____ تاریخ تکمیل تشخیص: _____ آزمایشات انجام شده: _____																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>آزمون</th> <th>تاریخ</th> <th>گوش</th> <th>گذر</th> <th>ارجاع</th> <th>ناکامل</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AOAE</td> <td></td> <td>راست</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>چپ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AABR</td> <td></td> <td>راست</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>چپ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	آزمون	تاریخ	گوش	گذر	ارجاع	ناکامل	AOAE		راست						چپ				AABR		راست						چپ				<table border="1"> <thead> <tr> <th>گوش</th> <th>نوع اکت</th> <th>مقدار اکت</th> <th>توضیح</th> <th>اقت ندارد</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>راست</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>چپ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	گوش	نوع اکت	مقدار اکت	توضیح	اقت ندارد	راست					چپ					<table border="1"> <thead> <tr> <th>نتیجه کلی غربالگری</th> <th>تاریخ</th> <th>گذر</th> <th>ارجاع</th> <th>ناکامل</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	نتیجه کلی غربالگری	تاریخ	گذر	ارجاع	ناکامل					
آزمون	تاریخ	گوش	گذر	ارجاع	ناکامل																																																				
AOAE		راست																																																							
		چپ																																																							
AABR		راست																																																							
		چپ																																																							
گوش	نوع اکت	مقدار اکت	توضیح	اقت ندارد																																																					
راست																																																									
چپ																																																									
نتیجه کلی غربالگری	تاریخ	گذر	ارجاع	ناکامل																																																					
<input type="checkbox"/> نیاز به بررسی‌های بیشتر؛ ذکر نوع: _____ روش مداخله منتخب: _____ تاریخ شروع مداخله: _____ جلسات تعیین شده <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه تعداد جلسات: _____ زمان جلسات: _____ <input type="checkbox"/> نیاز به مداخلات تخصصی دیگر (کنتار درمانی، کاردرمانی، ...) تعداد جلسات: _____ توضیح: _____ تاریخ: _____ مهر متخصص: _____	نتیجه کلی: <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم شنوا <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> نیازی به ارجاع ندارد <input type="checkbox"/> ارجاع به درمان <input type="checkbox"/> ارجاع برای توانبخشی شنوایی <input type="checkbox"/> ارجاع برای کاشت حلزون شنوایی <input type="checkbox"/> تجویز سمک: گوش راست <input type="checkbox"/> گوش چپ <input type="checkbox"/> _____ تاریخ: _____ مهر ادیولوژیست: _____	<input type="checkbox"/> ارجاع برای تشخیص ادیولوژیک <input type="checkbox"/> نام مرکز تشخیصی: _____ تاریخ: _____ مهر ادیولوژیست ناظر: _____																																																							
تاریخ: _____ استان: _____ نام و مهر مرکز: _____	تاریخ: _____ استان: _____ نام و مهر مرکز: _____	تاریخ: _____ استان: _____ نام و مهر مرکز: _____																																																							

فرم شماره ۱: ارجاع غربالگری شنوایی نوزادان		
دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی: _____	شبکه بهداشت و درمان شهرستان: _____	مرکز بهداشت شهرستان: _____
ارجاع از: _____	مرکز جامع خدمات شهری: _____	مرکز جامع خدمات سلامت روستایی: _____
سایر: _____	پایگاه سلامت: _____	خانه بهداشت: _____
به: واحد غربالگری شنوایی: مرکز بهداشتی درمانی شهرستان: _____	مرکز خدمات جامع سلامت: _____	سایر: _____
شماره خانوار: _____	آدرس محل سکونت والدین: _____	
جنسیت: دختر _____ پسر _____	تاریخ تولد: _____/_____/۱۳_____	
نام و نام خانوادگی: نوزاد: _____	پدر: _____	مادر: _____
زمان غربالگری شنوایی بر حسب سن نوزاد به روز: _____	شماره تلفن تماس والدین: _____	
نام و نام خانوادگی مجری غربالگری: _____	(۱) _____	
شماره تلفن محل غربالگری: _____	(۲) _____	
تاریخ: _____/_____/۱۳_____	امضا: _____	

فرم ثبت اطلاعات ادیو لوژیست در مرحله تشخیص

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره ملی کودک:

نام و نام خانوادگی کودک:

شماره خانوار: جنسیت کودک: پسر دختر

ارجاع از مرکز بهداشتی درمانی شهرستان / مرکز جامع خدمات سلامت

تاریخ مراجعه:/...../۱۳.....

زمان غربالگری شنوایی بر حسب سن نوزاد به روز:

زمان ارزیابی تشخیصی: سن زیر ۳ ماه سن ۳-۶ ماه سن بیشتر از ۶ ماه (با ذکر به ماه)

نتیجه ارزیابی تخصصی (تشخیصی): سالم کم شنوا

در صورت بیماری، نوع مشکل:

گوش راست	گوش چپ
<input type="checkbox"/> حسی - عصبی	<input type="checkbox"/> حسی - عصبی
<input type="checkbox"/> هدایتی	<input type="checkbox"/> هدایتی
<input type="checkbox"/> آمیخته	<input type="checkbox"/> آمیخته
<input type="checkbox"/> Slight to Mild ۲۱ - ۴۰ db	<input type="checkbox"/> Slight to Mild ۲۱ - ۴۱ db
<input type="checkbox"/> Moderate: ۴۱-۶۰ db	<input type="checkbox"/> Moderate: ۴۱-۶۰ db
<input type="checkbox"/> Severe ۶۱-۸۰ db	<input type="checkbox"/> Severe ۶۱-۸۰ db
<input type="checkbox"/> Profound ۸۱ db و بالاتر	<input type="checkbox"/> Profound ۸۱db و بالاتر

کودک برای انجام مداخلات درمانی به مرکز ارجاع شد:

نوع مداخله: طبی سمعک پروتزه‌های قابل کاشت در حلزون شنوایی یا گوش میانی جراحی

امضاء پزشک یا ادیولوژیست با ذکر نام و نام خانوادگی و مهر نظام پزشکی:

* در صورتیکه کودک بیمار بوده قبل از انجام مداخله درمانی توسط ادیولوژیست باید توسط پزشک متخصص معاینه و اقدام لازم انجام شده باشد.

فرم ثبت اطلاعات پزشک یا ادیولوژیست در مرحله مداخله

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره ملی کودک:

نام و نام خانوادگی کودک:

شماره خانوار: جنسیت کودک: پسر دختر

ارجاع از مرکز بهداشتی درمانی شهرستان / مرکز جامع خدمات سلامت

تاریخ مراجعه:/...../..... ۱۳.....

زمان غربالگری شنوایی بر حسب سن نوزاد به روز:

سن تشخیص کم شنوایی به ماه:

درجه کم شنوایی کودک: Profound Severe Moderate Slight to mild

زمان شروع مداخله طبی یا توانبخشی: سن زیر ۳ ماه سن ۳-۶ ماه بیشتر از ۶ ماه (با ذکر سن به ماه)

نوع مداخله: طبی سمعک پروتزه‌های قابل کاشت در حلزون شنوایی یا گوش میانی جراحی

امضاء پزشک یا ادیولوژیست با ذکر نام و نام خانوادگی و مهر نظام پزشکی:

فلوجارت برنامه ملی غربالگری، تشخیصی و مداخله درمانی بموقع شنوایی نوزادان و کودکان بر اساس تفاهم نامه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان

نوزاد زنده متولد شده است

در اولین مراقبت در زمان نوزادی آیا غربالگری شنوایی انجام شده است؟

بلی

گرفتن مستندات از خانواده و ثبت در سامانه

آیا اختلال شنوایی بر اساس نظر ادیولوژیست دارد؟

بلی

گرفتن مستندات از خانواده و ثبت در سامانه

پیگیری مستمر نوزادان و کودکان

خیر

ارجاع به واحد غربالگری مربوطه (بر اساس لیست پیوست)

گرفتن نتیجه غربالگری

گرفتن مستندات از خانواده و ثبت در سامانه

خیر

خروج از برنامه با دریافت پمفلت های آموزشی