

فرم شماره ۱

بسمه تعالی	
تاریخ: ۸۸/۶/۱۷	کد:
دفتر / اداره کل / مرکز مرکز بهداشت شهرستان فریمان	نام گروه / اداره مبارزه با بیماریها
عنوان روش اجرایی: غربالگری کم کاری مادر زادی تیروئید نوزادان	
خدمت گیرندگان: نوزادان	خدمت دهندگان: واحد مبارزه با بیماریها مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت آزمایشگاه رفرانس پایگاه بهداشتی بیمارستان
لیست مدارک و اطلاعات فرم های مورد نیاز: فرم شماره ایمناریابی لطفاً سه نسخه از هریک از فرمهای مورد استفاده ضمیمه گردد.	

فرم شماره ۲

بسمه تعالی				
تاریخ: ۸۸/۶/۱۲		کد:		
شرح مراحل انجام کار:		تعداد کل مراحل:		
ردیف	عنوان هر مرحله	نحوه انجام کار در این مرحله	زمان	ارتباط آن با سایر مراحل
۱	مراجعه نوزاد جهت غربالگری در ۳ تا ۵ روزگی	حضور	۵ دقیقه	مستقیم
۲	انجام نمونه گیری توسط مرکز نمونه گیر	حضور	۱۵ دقیقه	مستقیم
۳	ارسال نمونه به مرکز بهداشت	غیر حضور	۱ ساعت	غیر مستقیم
۴	ثبت و تحویل نمونه به اداره پست	حضور	۱۰ دقیقه	غیر مستقیم
۵	انجام آزمایش در آزمایشگاه مرکزی	آزمایشگاهی	۱۵ دقیقه	مستقیم
۶	دریافت جواب نمونه از آزمایشگاه مرکزی	غیر حضور	۲۲ ساعت	مستقیم
۷	انجام نمونه گیری مجدد در صورت نیاز	حضور	۱۰ دقیقه	مستقیم
۸	درمان موارد کم کاری طبق دستورالعمل	حضور	نامشخص	مستقیم
مدت زمان انجام کار:				
مسئولیتها و اختیارات:				
تفویض اختیار جهت انجام نمونه گیری				
تفویض اختیار جهت درمان و پیگیری				
مسئول یا مجری:				
کارشناس مبارزه با بیماریهای غیر واگیر				

فرم شماره ۳

بسمه تعالی	
تاریخ:	
کد:	
قوانین و مقررات	فن آوری مورد استفاده
دستورالعمل کشوری	استفاده از فرمهای دستورالعمل کشوری کم کاری مادر زادی تیروئید

فرم شماره ۴
نمودار گردش کار

