

ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس :
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دانشجویان)
مقطع / رشته : کارروزی	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : زردی نوزادی	تعداد دانشجو : ۴۵ نفر
ترم : ۶	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : Nelson text book of pediatrics 2011	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Neonatal jaundice	
هدف کلی درس : شناخت انواع فیزیولوژیک و پاتولوژیک زردی نوزادی ، پاتوفیزیولوژی ، درمان و نحوه استفاده از چارت تعیین میزان خطر و طرح درمان بر اساس آن	
اهداف جزئی : دانشجو پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
انواع فیزیولوژیک و پاتولوژیک زردی نوزادی را از هم بازشناسد و ریسک فاکتور های آنرا نام ببرد	
پاتوفیزیولوژی زردی را بداند و نقش شیر مادر را در انواع مرتبط بشناسد	
با اصول درمان زردی و فوتوتراپی و تعویض خون آشنا باشد	
نحوه استفاده از چارت تعیین میزان خطر و طرح درمان بر اساس آن	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دانشجویان	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تعریف زردی را ارائه کنید شروع می شود و در ادامه کیسی از نوزاد مبتلا به زردی طرح میگردد که دانشجو ایکه در اورژانس است با وی مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بارها به مورد طرح شده بارها بر خواهیم گشت تا دانشجویان مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
• کلیات درس	بخش اول درس پرستش و پاسخ و استراحت بخش دوم درس و پرستش و پاسخ مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



- i. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics*.1994;94 :558- 562
- ii. Ip S, Glicken S, Kulig J, Obrien R, Sege R, Lau J. Management of Neonatal Hyperbilirubinemia. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication 03-E011
- iii. Ip S, Chung M, Kulig J. et al. An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*.2004;113 (6). Available at:
- iv. American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and Management. A
- v. Johnson LH, Bhutani VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr*.2002;140 :396- 403
- vi. Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. *Pediatrics*.1995;96 :730- 733
- vii. MacDonald M. Hidden risks: early discharge and bilirubin toxicity due to glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Pediatrics*.1995;96 :734- 738
- viii. Penn AA, Enzman DR, Hahn JS, Stevenson DK. Kernicterus in a full term infant. *Pediatrics*.1994;93 :1003- 1006
- ix. Washington EC, Ector W, Abboud M, Ohning B, Holden K. Hemolytic jaundice due to G6PD deficiency causing kernicterus in a female newborn. *South Med J*.1995;88 :776- 779
- x. Ebbesen F. Recurrence of kernicterus in term and near-term infants in Denmark. *Acta Paediatr*.2000;89 :1213- 1217
- xi. Institue of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001
- xii. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2002:220- 224
- xiii. Bertini G, Dani C, Trochin M, Rubaltelli F. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics*.2001;107 (3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/3/e41
- xiv. Maisels MJ, Gifford K. Normal serum bilirubin levels in the newborn and the effect of breast-feeding. *Pediatrics*.1986;78 :837- 843
- xv. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*.1990;86 :171- 175
- xvi. De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*.1982;136 :737- 738
- xvii. Varimo P, Similä S, Wendt L, Kolvisto M. Frequency of breast feeding and hyperbilirubinemia [letter]. *Clin Pediatr (Phila)*.1986;25 :112
- xviii. De Carvalho M, Holl M, Harvey D. Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Arch Dis Child*.1981;56 :568- 569
- xix. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand*.1982;71 :759- 761
- xx. Madlon-Kay DJ. Identifying ABO incompatibility in newborns: selective vs automatic testing. *J Fam Pract*.1992;35 :278- 280



ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس : / /
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دانشجویان)
مقطع / رشته : کارروزی	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : عفونت های نوزادی	تعداد دانشجویان : ۴۵ نفر
ترم : ۶	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : Nelson text book of pediatrics 2011	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Neonatal Infections	
هدف کلی درس : شناخت انواع عفونت های نوزادی ، پاتوفیزیولوژی ، درمان و نحوه پیگیری	
اهداف جزئی : دانشجویان پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
عفونت های زودرس و دیررس در نوزادان را تشخیص دهد	
پاتوفیزیولوژی عفونت هادر نوزادان را بشناسد	
اصول درمان های نوزادان را بداند	
نحوه پیگیری نوزاد مبتلا به عفونت را فرا میگیرد	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دانشجویان	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تعریف عفونت نوزادی را ارائه کنید شروع می شود و در ادامه کیسی از نوزاد مبتلا به عفونت در روز ۲ و موردی از بیمار ۱۰ روزه مبتلا به سپسیس طرح میگردد که دانشجویان بیکه در اورژانس است با وی مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بارها به مورد طرح شده بر خواهیم گشت تا دانشجویان مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند در ادامه مطالب بصورت پرزانتاسیون ارائه میگردد .	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
• کلیات درس	بخش اول درس پررسش و پاسخ و استراحت بخش دوم درس و پرسش و پاسخ مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



1. Klinger G, Levy I, Sirota L, Boyko V, Reichman B, Lerner-Geva L. Epidemiology and risk factors for early onset sepsis among very-low-birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol*. Jul 2009;201(1):38.e1-6.
2. van den Hoogen A, Gerards LJ, Verboon-Maciolek MA, Flier A, Krediet TG. Long-Term Trends in the Epidemiology of Neonatal Sepsis and Antibiotic Susceptibility of Causative Agents. *Neonatology*. Jul 2009;97(1):22-28.
3. Lin FY, Weisman LE, Azimi P, et al. Assessment of Intrapartum Antibiotic Prophylaxis for the Prevention of Early-onset Group B Streptococcal Disease. *Pediatr Infect Dis J*. Sep 2011;30(9):759-763.
4. Morales WJ, Dickey SS, Bornick P, Lim DV. Change in antibiotic resistance of group B streptococcus: impact on intrapartum management. *Am J Obstet Gynecol*. Aug 1999;181(2):310-4.
5. Arnon S, Litmanovitz I. Diagnostic tests in neonatal sepsis. *Curr Opin Infect Dis*. Jun 2008;21(3):223-7.
6. Graham PL, Begg MD, Larson E. Risk factors for late onset gram-negative sepsis in low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J*. Feb 2006;25(2):113-7.
7. [Guideline] American Academy of Pediatrics. Red Book 2003. 26th ed. 2003;117-123, 237-43, 561-73,584-91.
8. [Guideline] Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep*. Aug 16 2002;51(RR-11):1-22.
9. Kermorvant-Duchemin E, Laborie S, Rabilloud M, Lapillonne A, Claris O. Outcome and prognostic factors in neonates with septic shock. *Pediatr Crit Care Med*. Mar 2008;9(2):186-91.
10. Adams-Chapman I, Stoll BJ. Neonatal infection and long-term neurodevelopmental outcome in the preterm infant. *Curr Opin Infect Dis*. Jun 2006;19(3):290-7.
11. Volpe JJ. Postnatal sepsis, necrotizing enterocolitis, and the critical role of systemic inflammation in white matter injury in premature infants. *J Pediatr*. Aug 2008;153(2):160-3.
12. Stoll BJ, Hansen NI, Adams-Chapman I, et al. Neurodevelopmental and growth impairment among extremely low-birth-weight infants with neonatal infection. *JAMA*. Nov 17 2004;292(19):2357-65.
13. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. Premature Rupture of the Membranes. *Am J Obstet Gynecol*. Sep 1998;179(3 Pt 1):635-9.
14. Short MA. Guide to a systematic physical assessment in the infant with suspected infection and/or sepsis. *Adv Neonatal Care*. Jun 2004;4(3):141-53; quiz 154-7.
15. Chan KY, Lam HS, Cheung HM, et al. Rapid identification and differentiation of Gram-negative and Gram-positive bacterial bloodstream infections by quantitative polymerase chain reaction in preterm infants. *Crit*

ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس : / /
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دانشجویان)
مقطع / رشته : کارروزی	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : تروماهای زایمانی	تعداد دانشجو : ۴۵ نفر
ترم : ۶	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : upto date و Nelson text book of pediatrics 2011	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Birth Truma	
هدف کلی درس : شناخت انواع تروماهای زایمانی ، پاتوفیزیولوژی ، درمان و نحوه پیگیری	
اهداف جزئی : دانشجو پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
ریسک فاکتور های مادر ی و انواع تروماهای زایمانی را بشناسد	
پاتوفیزیولوژی تروماهای زایمانی نوزادان را بشناسد	
اصول درمان تروماهای زایمانی در نوزادان را بداند	
نحوه پیگیری نوزاد مبتلا به ترومای زایمانی را فرا میگیرد	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دانشجویان	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تعریف را ا تروماهای زایمانی ارائه کنید شروع می شود و در ادامه کیسی از نوزاد مبتلا ترومای زایمانی که از مادر مبتلا به دیابت بارداری متولد شده طرح میگردد که دانشجو اینکه در بخش نرسری بیمارستان است با وی مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بار ها به مورد طرح شده بر خواهیم گشت تا دانشجویان مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند در ادامه مطالب تئوری بصورت پرزانتاسیون ارائه میگردد .	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
• کلیات درس	مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه بخش اول درس مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه پریش و پاسخ و استراحت مدت زمان : ... ۳۰ دقیقه بخش دوم درس و پریش و پاسخ
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ... ۱۰ دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



1. Alexander JM, Leveno KJ, Hauth J, et al. Fetal injury associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108:885.
2. Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, et al. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. *BMJ* 2004; 329:24.
3. Boulet SL, Alexander GR, Salihu HM, Pass M. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1372.
4. Nassar AH, Usta IM, Khalil AM, et al. Fetal macrosomia (> or =4500 g): perinatal outcome of 231 cases according to the mode of delivery. *J Perinatol* 2003; 23:136.
5. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 103:219.
6. Moczygemba CK, Paramsothy P, Meikle S, et al. Route of delivery and neonatal birth trauma. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:361.e1.
7. Rosenberg, A. Traumatic birth injury. *NeoReviews* 2003; 4:270.
8. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114:297.
9. Burden AD, Krafchik BR. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a review of 11 cases. *Pediatr Dermatol* 1999; 16:384.
10. Borgia F, De Pasquale L, Cacace C, et al. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: be aware of hypercalcaemia. *J Paediatr Child Health* 2006; 42:316.
11. Dessole S, Cosmi E, Balata A, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: experience in an Italian level III university hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1673.
12. Siegel DH, Holland K, Phillips RJ, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp after perinatal scalp injury. *Pediatr Dermatol* 2006; 23:533.
13. Anshelevich A, Osterhoudt KC, Introcaso CE, Treat JR. Picture of the month--quiz case. Halo scalp ring. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164:673.
14. Rawal S, Modi N, Lacey S, Keane M. *Escherichia coli* septicaemia arising as a result of an infected caput succedaneum. *Eur J Pediatr* 2006; 165:66.
15. Chung HY, Chung JY, Lee DG, et al. Surgical treatment of ossified cephalhematoma. *J Craniofac Surg* 2004; 15:774.
16. Wong CH, Foo CL, Seow WT. Calcified cephalohematoma: classification, indications for surgery and techniques. *J Craniofac Surg* 2006; 17:970.
17. Chen MH, Yang JC, Huang JS, Chen MH. MRI features of an infected cephalhaematoma in a neonate. *J Clin Neurosci* 2006; 13:849.
18. Chan MS, Wong YC, Lau SP, et al. MRI and CT findings of infected cephalhaematoma complicated by skull vault osteomyelitis, transverse venous sinus thrombosis and cerebellar haemorrhage. *Pediatr Radiol* 2002; 32:376.
19. Plauché WC. Subgaleal hematoma. A complication of instrumental delivery. *JAMA* 1980; 244:1597.
20. Uchil D, Arulkumaran S. Neonatal subgaleal hemorrhage and its relationship to delivery by vacuum extraction. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58:687.
21. Gebremariam A. Subgaleal haemorrhage: risk factors and neurological and developmental outcome in survivors. *Ann Trop Paediatr* 1999; 19:45.
22. Kilani RA, Wetmore J. Neonatal subgaleal hematoma: presentation and outcome--radiological findings and factors associated with mortality. *Am J Perinatol* 2006; 23:41.
23. Davis DJ. Neonatal subgaleal hemorrhage: diagnosis and management. *CMAJ* 2001; 164:1452.
24. Amar AP, Aryan HE, Meltzer HS, Levy ML. Neonatal subgaleal hematoma causing brain compression: report of two cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2003; 52:1470.
25. Podoshin L, Gertner R, Fradis M, Berger A. Incidence and treatment of deviation of nasal septum in newborns. *Ear Nose Throat J* 1991; 70:485.
26. Sooknundun M, Kacker SK, Bhatia R, Deka RC. Nasal septal deviation: effective intervention and long term follow-up. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1986; 12:65.
27. Holden R, Morsman DG, Davidek GM, et al. External ocular trauma in instrumental and normal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:132.
28. Looney CB, Smith JK, Merck LH, et al. Intracranial hemorrhage in asymptomatic neonates: prevalence on MR images and relationship to obstetric and neonatal risk factors. *Radiology* 2007; 242:535.
29. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med* 1999; 341:1709.
30. Pollina J, Dias MS, Li V, et al. Cranial birth injuries in term newborn infants. *Pediatr Neurosurg* 2001; 35:113.
31. Whitby EH, Griffiths PD, Rutter S, et al. Frequency and natural history of subdural haemorrhages in babies and relation to obstetric factors. *Lancet* 2004; 363:846.

ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس : / /
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دانشجویان)
مقطع / رشته : دستیاران کودکان	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : اصول مایع درمانی نوزادان	تعداد دانشجو : ۴۵ نفر
ترم : سال ۱	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : Nelson text book of pediatrics 2011 و Upto date2012	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Fluid and Electrolyt Managment in Neonates	
هدف کلی درس : اصول مایع درمانی نوزادان	
اهداف جزئی : دانشجو پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
مقادیر طبیعی اجزای ترکیب دهنده بدن نوزادان را نام ببرد	
فیزیولوژی آب و الکترولیت و محدودیت های کارکرد کلیه در نوزادان را فرامیگیرد	
اصول مایع درمانی و TPN در نوزادان را فرا میگیرد	
اختلالات مربوط به الکترولیت ها (هیپوناترمی ، هیپرناترمی و ...) را فرامیگیرد و با درمان آنها آشنا میگردد	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دستیاران	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تفاوت های مایع درمانی در بالغین ، کودکان و نوزادان را ارائه کنید شروع می شود و در ادامه موردی از نوزاد نیازمند مایع درمانی وریدی طرح میگردد که دستیار در NICU است با وی مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بارها به مورد طرح شده بر خواهیم گشت تا دستیاران مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند در ادامه مطالب بصورت پرزانتاسیون ارائه میگردد .	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ...۱۰ دقیقه
• کلیات درس	مدت زمان : ...۳۰ دقیقه بخش اول درس مدت زمان : ...۱۰ دقیقه پرسش و پاسخ و استراحت مدت زمان : ...۳۰ دقیقه بخش دوم درس و پرسش و پاسخ
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ...۱۰ دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



1. Hartnoll G, Betremieux P, Modi N. Body water content of extremely preterm infants at birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* Jul 2000;83(1):F56-9.
2. Agren J, Zelenin S, Hakansson M, et al. Transepidermal water loss in developing rats: role of aquaporins in the immature skin. *Pediatr Res.* Apr 2003;53(4):558-65.
3. Chiou YB, Blume-Peytavi U. Stratum corneum maturation. A review of neonatal skin function. *Skin Pharmacol Physiol.* Mar-Apr 2004;17(2):57-66.
4. Omar SA, DeCristofaro JD, Agarwal BI, La Gamma EF. Effects of prenatal steroids on water and sodium homeostasis in extremely low birth weight neonates. *Pediatrics.* Sep 1999;104(3 Pt 1):482-8.
5. Omar SA, DeCristofaro JD, Agarwal BI, La Gamma EF. Effect of prenatal steroids on potassium balance in extremely low birth weight neonates. *Pediatrics.* Sep 2000;106(3):561-7.
6. Auron A, Mhanna MJ. Serum creatinine in very low birth weight infants during their first days of life. *J Perinatol.* 2006;26:755-60.
7. Hermansen MC, Buches M. Urine output determination from superabsorbent and regular diapers under radiant heat. *Pediatrics.* Mar 1988;81(3):428-31.
8. Dimitriou G, Kavvadia V, Marcou M, Greenough A. Antenatal steroids and fluid balance in very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005;90:F509-13.
9. Peters O, Ryan S, Matthew L, et al. Randomised controlled trial of acetate in preterm neonates receiving parenteral nutrition. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* Jul 1997;77(1):F12-5.
10. Sato T, Takahashi N, Komatsu Y, et al. Urinary acidification in extremely low birth weight infants. *Early Hum Dev.* Dec 2002;70(1-2):15-24.
11. Kecskes Z, Healy G, Jensen A. Fluid restriction for term infants with hypoxic-ischaemic encephalopathy following perinatal asphyxia. *Cochrane Database Syst Rev.* Jul 2005;3:CD004337.
12. [Guideline] Biesalski HK, Bischoff SC, Boehles HJ, Muehlhoefer A. Water, electrolytes, vitamins and trace elements - Guidelines on Parenteral Nutrition, Chapter 7. *Ger Med Sci.* Nov 18 2009;7:Doc21. . [\[Full Text\]](#).
13. Yeung MY, Smyth JP, Maheshwari R, Shah S. Evaluation of standardized versus individualized total parenteral nutrition regime for neonates less than 33 weeks gestation. *J Paediatr Child Health.* Nov 2003;39(8):613-7.
14. Ng SM, May JE, Emmerson AJ. Continuous insulin infusion in hyperglycaemic extremely-low-birth-weight neonates. *Biol Neonate.* 2005;87(4):269-72.
15. Sunehag AL. The role of parenteral lipids in supporting gluconeogenesis in very premature infants. *Pediatr Res.* Oct 2003;54(4):480-6.
16. Saiman L, Ludington E, Pfaller M, et al. Risk factors for candidemia in Neonatal Intensive Care Unit patients. The National Epidemiology of Mycosis Survey study group. *Pediatr Infect Dis J.* Apr 2000;19(4):319-24.
17. Spear ML, Stahl GE, Paul MH, et al. The effect of 15-hour fat infusions of varying dosage on bilirubin binding to albumin. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* Mar-Apr 1985;9(2):144-7.

ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس : / /
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دستیاران)
مقطع / رشته : دستیاران کودکان	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : تفسیر گاز های خون شریانی ABG	تعداد دانشجویان : ۴۵ نفر
ترم : سال ۱	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : Nelson text book of pediatrics 2011 و Upto date2012	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Neonatal jaundice	
هدف کلی درس : شناخت فیزیولوژی تبدلات گازها در نوزادان و نقش کلیه در آن شناخت اختلالات آنها و تفسیر ABG	
اهداف جزئی : دانشجوی پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
فیزیولوژی تبدلات گاز ها در نوزاد را بشناسند و نقش کلیه در آن را روشن کنند	
پاتوفیزیولوژی اختلالات منجر به تغییر در گاز های خون شریانی را می شناسد	
با اصول تفسیر گاز های خون شریانی آشنا میگردد	
نحوه استفاده از چارت و نرم افزار های موجود را فرامیگیرد و با درمان اختلالات آشنا میگردد	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دستیاران	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تعریف اسیدوز متابولیک را ارائه کنید شروع می شود و در ادامه کیسی از نوزاد مبتلا به اسیدوز و الکالوز طرح میگردد که دستکاری در بخش نوزادان است با آن مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بارها به مورد طرح شده بارها بر خواهیم گشت تا دستیاران مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ۱۵.. دقیقه
• کلیات درس	بخش اول درس مدت زمان : ۲۵.. دقیقه مدت زمان : ۱۰.. دقیقه مدت زمان : ۲۵.. دقیقه پرسش و پاسخ و استراحت بخش دوم درس و پرسش و پاسخ
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ۱۵.. دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



1. Hansen JE, Simmons DH. A systematic error in the determination of blood PCO₂. *Am Rev Resp Dis* 1977;115:1061-1063.
2. [↓](#)
Thorkelsson T, Hoath SB. Accurate micromethod of neonatal blood sampling from peripheral arterial catheters. *J Perinatol* 1995;15:43-46.
3. [↓](#)
Dinwiddie R, Patel BD, Kumar SP, Fox WW. The effects of crying on arterial oxygen tension in infants recovering from respiratory distress. *Crit Care Med* 1979;7:50-53.
4. [↓](#)
Graham G, Kenny MA. Changes in transcutaneous oxygen tension during capillary blood-gas sampling. *Clin Chem* 1980;26:1860-1863.
5. [↓](#)
McLain BI, Evans J, Dear PR. Comparison of capillary and arterial blood gas measurements in neonates. *Arch Dis Child* 1988;63:743-747.
6. [↓](#)
Shapiro BA, Peruzzi WT, Templin R. *Clinical application of blood gases*, 5th edition 1994 Mosby-Year Book St. Louis. .
7. [↓](#)
Guidelines for perinatal care, 2nd ed. Washington, DC: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, 1988:246–7..
8. [↓](#)
Flynn JT, Bancalari E, Synder ES, et al. A cohort study of transcutaneous oxygen tension and the incidence and severity of retinopathy of prematurity. *N Engl J Med* 1992;326:1050-1054.
9. [↓](#)
Abman SH, Groothuis JR. Pathophysiology and treatment of bronhcopulmonary dysplasia. *Pediatr Clin North Am* 1994;41:277-315.
10. [↓](#)
Shochat SJ, Naeye RL, Ford SDA, Whitman VM, Maisels MJ. Congenital diaphragmatic hernia. *Ann Surg* 1979;190:332-341.
11. [↓](#)
Hay WW, Thilo E, Brockway Curlander J. Pulse oximetry in neonatal medicine. *Clin Perinatol* 1991;18:441-472. [↓](#)
- 12-Poets CF, Southall DP. Noninvasive monitoring of oxygenation in infants and children: practical considerations and areas of concern. *Pediatrics* 1994;93:737-746.

ساختار طرح درس روزانه

سال تحصیلی : -	تاریخ ارائه درس : / /
دانشکده : پزشکی	نوع درس : تئوری (بصورت بحث گروهی و با مشارکت فعال دانشجویان)
مقطع / رشته : دستیاران کودکان	نام مدرس : دکتر محمد باقر حسینی
نام درس (واحد) : انسداد های دستگاه گوارش در نوزادان	تعداد دانشجو : ۴۵ نفر
ترم : سال ۱	مدت کلاس : ۱.۵ ساعت

منبع درس (رفرنس) : Nelson text book of pediatrics 2011 و upto date2012	
امکانات آموزشی : کامپیوتر ، ویدئو پروژکتور	
عنوان درس : Gastrointestinal Obstruction in Neonates	
هدف کلی درس : شناخت انواع انسداد ها در دستگاه گوارش نوزادان ، پاتوفیزیولوژی ، درمان و نحوه پیگیری آنها	
اهداف جزئی : دانشجو پس از پایان جلسه قادر خواهد بود	حیطه یادگیری :
فیزیولوژی دستگاه گوارش نوزادان را بشناسد	
انواع انسداد (فوقانی و تحتانی و تعیین نوع آنرا می شناسد)	
اصول تشخیص انسداد ها را میداند	
نحوه درمان و پیگیری نوزاد مبتلا به انسداد گوارشی را فرا میگیرد	
روش آموزش : ارائه بصورت سخنرانی با Powerpoint و همزمان با بحث فعال با دستیاران	
اجزا و شیوه اجرای درس : بحث ابتدا با بارش افکاری از این که تعریف را انسداد های گوارشی ارائه کنید شروع می شود و در ادامه کیسی از نوزاد مبتلا انسداد که از مادر مبتلا به دیابت بارداری متولد شده طرح میگردد که دانشجو ایکه در بخش نرسری بیمارستان است با وی مواجه می شود سپس ارائه مباحث شروع میگردد و طی سخنرانی بار ها به مورد طرح شده بر خواهیم گشت تا دانشجویان مسائل تئوری را ملموس احساس نمایند در ادامه مطالب تئوری بصورت پرزانتاسیون ارائه میگردد .	
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	
• مقدمه	مدت زمان : ۵۰۰ دقیقه
• کلیات درس	مدت زمان : ۳۵۰ دقیقه مدت زمان : ۱۰۰ دقیقه مدت زمان : ۲۵۰ دقیقه بخش اول درس پرسش و پاسخ و استراحت بخش دوم درس و پرسش و پاسخ
• جمع بندی و نتیجه گیری	مدت زمان : ۱۵۰ دقیقه
تکالیف فراگیران : مطالعه درس قبل از ورود به کلاس و شرکت در بحث ها و سوال و جواب ها	



1. Shiau SL, Su BH, Lin KJ, Lin HC, Lin JN. Possible effect of probiotics and breast milk in short bowel syndrome: report of one case. *Acta Paediatr Taiwan*. Mar-Apr 2007;48(2):89-92. [\[Medline\]](#).
2. Murphy FL, Sparnon AL. Long-term complications following intestinal malrotation and the Ladd's procedure: a 15 year review. *Pediatr Surg Int*. Apr 2006;22(4):326-9. [\[Medline\]](#).
3. Aslanabadi S, Ghalehgalab-Behbahan A, Jamshidi M, Veisi P, Iran SZ. Intestinal malrotations: a review and report of thirty cases. *Folia Morphol (Warsz)*. Nov 2007;66(4):277-82. [\[Medline\]](#).
4. Louw JH, Barnard CN. Congenital intestinal atresia: observations on its origin. *Lancet*. 1955;2:1065.
5. Busch R. On the history of cystic fibrosis. *Acta Univ Carol [Med] (Praha)*. 1990;36(1-4):13-5. [\[Medline\]](#).
6. Maheshwari P, Abograra A, Shamam O. Sonographic evaluation of gastrointestinal obstruction in infants: a pictorial essay. *J Pediatr Surg*. Oct 2009;44(10):2037-42. [\[Medline\]](#).
7. Walker GM, Raine PA. Bilious vomiting in the newborn: how often is further investigation undertaken?. *J Pediatr Surg*. Apr 2007;42(4):714-6. [\[Medline\]](#).
8. Walker GM, Neilson A, Young D, Raine PA. Colour of bile vomiting in intestinal obstruction in the newborn: questionnaire study. *BMJ*. Jun 10 2006;332(7554):1363. [\[Medline\]](#).
9. Borsellino A, Zaccara A, Nahom A, et al. False-positive rate in prenatal diagnosis of surgical anomalies. *J Pediatr Surg*. Apr 2006;41(4):826-9. [\[Medline\]](#).
10. Molvarec A, Babinszki A, Kovacs K, Toth F, Szalay J. Intrauterine intestinal obstruction due to fetal midgut volvulus: a report of two cases. *Fetal Diagn Ther*. 2007;22(1):38-40. [\[Medline\]](#).
11. [Guideline] Bulas D, Gunderman R, Coley BD, et al. ACR Appropriateness Criteria vomiting in infants up to
12. Shinohara T, Tsuda M, Koyama N. Management of meconium-related ileus in very low-birthweight infants. *Pediatr Int*. Oct 2007;49(5):641-4. [\[Medline\]](#).
13. Pena A. Anorectal malformations: experience with the posterior sagittal approach. In: Stringer MD, Oldham KT, Howard ER, eds. *Pediatric Surgery and Urology: Long Term Outcomes*. Philadelphia, Pa: WB Saunders and Co; 1998:376-386.
14. Gura KM, Duggan CP, Collier SB, et al. Reversal of parenteral nutrition-associated liver disease in two infants with short bowel syndrome using parenteral fish oil: implications for future management. *Pediatrics*. Jul 2006;118(1):e197-201. [\[Medline\]](#).
15. Grant HW, Parker MC, Wilson MS, et al. Adhesions after abdominal surgery in children. *J Pediatr Surg*. Jan 2008;43(1):152-6; discussion 156-7. [\[Medline\]](#).
16. Lima M, Ruggeri G, Domini M, et al. Evolution of the surgical management of bowel atresia in newborn: laparoscopically assisted treatment. *Pediatr Med Chir*. Sep-Oct 2009;31(5):215-9. [\[Medline\]](#).
17. Pratap A, Kaur N, Shakya VC, et al. Triple tube therapy: a novel enteral feeding technique for short bowel syndrome in low-income countries. *J Pediatr Surg*. Mar 2007;42(3):470-3. [\[Medline\]](#).
18. Dasgupta R, Langer JC. Evaluation and management of persistent problems after surgery for Hirschsprung disease in a child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Jan 2008;46(1):13-9. [\[Medline\]](#).

19. Applegate KE, Anderson JM, Klatte EC. Intestinal malrotation in children: a problem-solving approach to the upper gastrointestinal series. *Radiographics*. Sep-Oct 2006;26(5):1485-500. [\[Medline\]](#).
20. Ashcraft KM, Murphy JP, Sharp RJ, eds. *Pediatric Surgery*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders and Co; 2000.
21. Brindley NM. Antiretroviral agents mimicking functional neonatal bowel obstruction: a case report. *Eur J Pediatr Surg*. Aug 2006;16(4):276-8. [\[Medline\]](#).