**فرم ثبت زایمان خارج بیمارستانی**

|  |
| --- |
| شماره پرونده/ شماره دفتر ثبت زایمان مادر(شماره خانوار سامانه سیب):  |
| نحوه مواجهه شما با تولد نوزاد | زایمان در این تسهیلات زایمانی/ زایشگاه مستقل/ کلینیک/پایگاه بهداشتی توسط فرد دوره دیده | ○مراجعه به پایگاه بهداشتی بعد از زایمان در منزل/بین راه/آمبولانس |
| نام شهرستان: اصفهان ○ واحد شهری ○ واحد روستایی |
| ملیت مادر○ایرانی ○غیرایرانی دارای کارت اقامت ○غیرایرانی فاقد کارت اقامت کدملی مادر:  🌕 فاقد کدملی تاریخ تولد مادر(روز/ ماه/سال:  |
| نام: | **نام خانوادگی :** | **نسبت خویشاوندی:** ○دارد ○ندارد | **تعداد قل (چندقلو):** |
| محل سکونت مادر: ○شهر ○روستا 🌕عشایر | **استان محل زندگی:** | **شهرستان محل زندگی:**  | **شماره تلفن همراه مادر یا پدر:** |
| نوع بیمه مادر: یک گزینه انتخاب نمایید.○تامین اجتماعی 🌕خدمات درمانی 🌕نیروهای مسلح 🌕کمیته امداد امام خمینی🌕 سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ...) 🌕سلامت ایرانیان ○ ندارد |
| میزان تحصیلات مادر: یک گزینه انتخاب نمایید○بی سواد 🌕 سواد خواندن و نوشتن(بدون مدرک) 🌕نهضت سواد آموزی 🌕ابتدایی ○راهنمایی ○ زیر دیپلم 🌕دیپلم یا پیش دانشگاهی ○فوق دیپلم(کاردانی) 🌕لیسانس(کارشناسی) 🌕فوق لیسانس(کارشناسی ارشد) 🌕دکترای تخصصی(PHD) غیرپزشکی 🌕دکترای حرفه ای (پزشکی) 🌕علوم دینی سطح1 🌕علوم دینی سطح 2 🌕 علوم دینی سطح 3 🌕 بدون پاسخ |
| شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان: 🌕 بله ○ خیر تعداد جلسه: |
| محل جلسات آموزشی: | 🌕مراکز بهداشتی 🌕بیمارستان 🌕مراکز مشاوره خدمات مامایی 🌕مطب متخصص زنان/دفاتر کار مامایی |
| آیا مادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است؟ ○بله ○خیر | **آیا مادر همراه داشت؟**○بله 🌕خیر | **همراه مادر:** ○همسر | ○ماما همراه ○ بستگان همجنس  |
| تعداد بارداری(G): 2تعداد زایمان قبلی(P): 0 تعداد سقط(Ab):1 تعداد فرزند زنده(از حاملگی های قبلی):0 |
| مرگ نوزاد قبلی: 🌕بله ○خیر سابقه مرده زایی: 🌕بله ○ خیر تأخیر رشد داخل رحمی در این بارداری(IUGR): 🌕بله خ○یر |
| تجویز کورتیکواسترویید: 🌕کامل 🌕ناقص ○ نگرفته است 🌕 نامشخص بارداری به روش مصنوعی ART: 🌕 بله ○خیر  |
| آیا تست HIV در دوران بارداری انجام شده است؟ ○بله ○خیر نتیجه تست HIV: ○منفی 🌕 مثبت |  **آیا رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است؟** ○بله ○خیر  **نتیجه تست HIV:** ○ منفی 🌕 مثبت  |
| عوامل خطر بارداری: 🌕 بله ○خیر  | **بیماری مادر:** 🗆 فشارخون مزمن🗆 بیماری قلبی 🗆بیماری اتوایمیون🗆 دیابت پیش از بارداری🗆 اختلالات تیرویید□ بیماری اعصاب و روان🗆 هموگوبین کمتر از 7 در زمان بستری🗆 بی اختیاری ادرار قبلی🗆 بی اختیاری مدفوع یا گاز قبلی | **عفونت:** 🗆 هپاتیت BVDRL🗆 مثبت🗆کوریوآمونیونیت🗆 پیلونفریت | **بیماری ناشی از بارداری:**🗆 دیابت بارداری 🗆پره اکلامپسی/ اکلامپسی🗆 بی اختیاری ادرار در بارداری فعلی 🗆بی اختیاری مدفوع در بارداری فعلی | **سوء مصرف مواد:** 🗆سیگار و دخانیات در بارداری اخیر🗆 اعتیاد مادر به مواد مخدر🗆 اعتیاد مادر به داروهای روانگردان 🗆مشروبات الکلی در دوران بارداری |
| عوامل خطر زایمانی: ○دارد ○ ندارد  | 🗆 پارگی زودرس کیسه آب بیشتر از 18 ساعت 🗆 دکلمان جفت 🗆 آغشتگی به مکونیوم  🗆چسبیدگی غیرطبیعی جفت 🗆 ضربان قلب جنینی مختل 🗆 زایمان زودرس |
| مداخله حین زایمان:🌕دارد ○ ندارد  | ○اپی زیوتومی 🗆 تقویت دردهای زایمان 🗆استفاده از فورسپس یا واکیوم |
| عوارض زایمان:🌕دارد ○ندارد  |  🗆پارگی درجه 3 و 4 🗆دیستوشی شانه |
| سرانجام مادر تا 2ساعت بعد از زایمان:نرمال | ○انتقال به بخش پس از زایمان 🌕 انتقال مادر به بیمارستان 🌕 فوت در محل زایمان |
| عامل زایمان: 🌕 ماما | 🌕پزشک عمومی 🌕ماماروستا (بهورز ماما) 🌕 فرد دوره ندیده 🌕 تکنسین اورژانس ○سایر افراد: |
| مشخصات نوزاد |
| تاریخ تولد نوزادساعت تولد: جنسیت: ○مذکر ○مونث 🌕مبهم مرتبه تولد: (با دقت وارد کنید: 1 |
| وزن : گرم دور سر(سانتی متر: قد (سانتی متر): سن بارداری(با دقت وارد کنید): |
| پرزانتاسیون: ○ سفالیک 🌕 بریچ 🌕 عرضی سابقه سزارین: 🌕 بله ○ خیر تعداد سزارین قبلی: 0 |
| مکان زایمان :بیمارستان ○تسهیلات زایمانی ○ منزل 🌕در مسیر انتقال ○سایر |
| پیشرفت عملیات احیا: ○ نیازی به احیا نداشته است 🌕تهویه با آمبوبگ 🌕فشردن قفسه سینه 🌕تجویز دارو لوله گذاری تراشه برای تهویه: 🌕بله 🌕خیر  |
| تماس پوست به پوست: 🌕 انجام نشد ○کمتر از یک ساعت تماس ○یک ساعت یا بیشتر تماس پوست به پوستتغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست:○ بله 🌕خیر  |
| نمره آپگار دقیقه اول نمره آپگار دقیقه پنجم:  |
| فرجام نوزاد: ○ نزد مادر 🌕مرده زایی 🌕فوت نوزاد 🌕انتقال به بیمارستان دیگر 🌕رضایت شخصی |
| ناهنجاری بدو تولد(ارثی): 🌕بله ○خیرسیستم عصبی: ................ قلبی عروقی: .............. تنفسی: ................. گوارشی: .............. ادراری تناسلی: ....................اسکلتی عضلانی: ............... پوست: ................ چشم، گوش سر و گردن: ................ اختلالات کروموزومی: ................... |
| مرگ نوزاد در اتاق زایمانمراقبت تسکینی: (عدم انجام احیا نوزاد به دلیل عدم قابلیت حیات) ○بله ○خیر علت مرگ نوزاد: 🌕ناهنجاری بدو تولد 🌕آسفیکسی 🌕نارسی (سن بارداری کمتر از 26 هفته) 🌕سندرم دیسترس تنفسی (RDS ) 🌕عفونت 🌕سایر موارد: .......... | **مرگ داخل رحمی****زمان فوت جنین:** 🌕قبل از مراجعه به زایشگاه 🌕در طی زایمان در زایشگاه 🌕نامشخص**علت مرگ جنین:** 🌕بیماری جنین 🌕اختلال مایع آمنیوتیک 🌕اختلال جفت 🌕اختلال بندناف 🌕آسفیکسی 🌕نامشخص 🌕سایر موارد: ......... |
| علل عدم انتخاب زایمان در بیمارستان : ○هزینه بالای بیمارستان ○دوری راه و عدم دسترسی به بیمارستان 🌕 تجربه ناخوشایند از زایمان در بیمارستان🌕ترس از عمل جراحی در بیمارستان 🌕خودم خواستم چون زایمان های قبلی ام هم در منزل بود 🌕زایمان زودرس 🌕زایمان در وسیله نقلیه در مسیر بیمارستان 🌕نبودن همسر یا فردی برای رساندن به بیمارستان 🌕توصیه و اجبار اطرافیان  سایر مورد ذکر شود: |
| محل تکمیل فرم: 🌕 تسهیلات زایمانی/زایشگاه مستقل `🌕پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت 🌕خانه بهداشت  |
| مشخصات تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی تاریخ و امضا: شماره تلفن: مهرو امضاء عامل زایمان: نظام مامایی عامل زایمان  |