**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 B  VDRL🗆 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 پوست  تغذیه 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 ○خیر  سیستم عصبی: ................ قلبی عروقی: .............. تنفسی: ................. گوارشی: .............. ادراری تناسلی: ....................  اسکلتی عضلانی: ............... پوست: ................ چشم، گوش سر و گردن: ................ اختلالات کروموزومی: ................... | | | | | | | | | | | | |
| مرگ نوزاد در اتاق زایمان  مراقبت 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 | | | | | | | | | | | | |