مرکز بهداشت/ شبکه بهداشت و درمان شهرستان …..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات فردی | | | | | | | |
| **نام و نام خانوادگی مادر:**  **-**  **شماره همراه:** | **کد ملی:** | | **تاریخ دقیق تولد مادر:**  **(روز - ماه – سال)** | | **واحد بهداشتی:** 🌕پایگاه سلامت  🌕 خانه بهداشت  **نام واحد بهداشتی:** | | **نام تکمیل کننده فرم/ تاریخ تکمیل فرم:** |
| **نام و نام خانوادگی همسر:**  **شماره همراه:** | **کد ملی همسر:** | | **آدرس محل سکونت:** | | | | |
| وضعیت اجتماعی و اقتصادی | | | | | | | |
| **رفتار پرخطر:** 🌕 سابقه زندان  🌕سابقه اعتیاد تزریقی 🌕سابقه رفتار جنسی پرخطر 🌕سابقه تزریق خون **🌕خیر** | | **استعمال سیگار یا سایر دخانیات:**  🌕بلی 🌕خیر | | **مصرف داروهای مسکن و آرامبخش:**  🌕بلی 🌕خیر | | **مصرف الکل:**  🌕بلی 🌕خیر | **مصرف مواد افیونی و محرک:**  🌕بلی 🌕خیر |
| **تحت پوشش بیمه پایه:** 🌕**خیر**  🌕**بله** 🌕تأمین اجتماعی 🌕سلامت 🌕 نیروهای مسلح 🌕 کمیته امداد 🌕سایر (بانک ها، شرکت نفت، ارگان ها و ...) | | | | | | **نوع مالکیت منزل:**  🌕 ملکی 🌕استیجاری 🌕نامعلوم | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخچه بارداری | | | | | | | | | | | | |
| **تعداد بارداری:** | **تعداد زایمان:** | | | **تعداد سقط:** | **تعداد مول:** | | **تعداد بارداری خارج رحمی:** | | **تعداد فرزند زنده با در نظر گرفتن نتیجه عارضه:** | | **تعداد فرزند مرده با در نظر گرفتن نتیجه عارضه:** | |
| **LMP مشخص است:** LMP :  EDC**:** | | **LMP مشخص نیست:** (تاریخ احتمالی زایمان براساس سونو یا تاریخ IVF)  - | | | | | **دریافت مراقبت پیش از بارداری:** 🌕 خیر🌕 بلی  **(در صورت پاسخ بلی،نتیجه:)**  🌕توصیه به اقدام خاص:  🌕 انجام اقدامات توصیه شده 🌕منع بارداری داشته | | | | | **خواسته بودن آخرين بارداری:**  🌕خواسته 🌕ناخواسته |
| **فاصله دو بارداري آخر**:  🌕کمتر از 2سال  🌕مساوی یا بیشتر از 2 سال  🌕بارداری قبلی سقط یا مول یا EP بوده | | | **استفاده از دارو یا روش های کمک باروری پیش از این بارداری:** 🌕بلی 🌕خیر | | | **قطع روش پیشگیری قبل از بارداری:**  🌕بلی 🌕خیر | | **بارداری هم زمان با روش پیشگیری:**  🌕 بلی 🌕خیر | | **نوع روش پیشگیری:**  🌕قرص 🌕 IUD TL🌕 🌕کاندوم 🌕آمپول | | |
| **سوابق بارداری قبلی:**  🌕آتونی 🌕 پره اکلامپسی 🌕 جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی🌕 جراحی روی رحم🌕 چندقلویی🌕 دیابت بارداری🌕 زایمان دیررس🌕 زایمان زودرس🌕 زایمان سخت/ زایمان سریع🌕 سزارین قبلی🌕 نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم 🌕نوزاد با وزن بیشتر از 4000 گرم 🌕مول کمتر از یکسال 🌕 دوبار یا بیشتر سقط🌕  نوزاد ناهنجار🌕 تاخیر رشد داخل رحمی 🌕مرده زایی🌕 مرگ نوزاد🌕 حاملگی نابجا🌕  هیچکدام | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نتیجه بارداری منجر به وقوع عارضه | | | | | | | | | | | | |
| **نتیجه بارداری منجر به وقوع عارضه:**  🌕زایمان نوزاد زنده 🌕زایمان نوزاد مرده 🌕 سقط 🌕 بارداری خارج از رحم 🌕 مول هیداتیفرم 🌕در زمان بارداری و قبل از خروج جنین، مادر فوت کرده است🌕 ادامه بارداری | | | | | | | | | | | | |
| مراقبت های دوران بارداری | | | | | | | | | | | | |
| **در طی بارداری مراقبت انجام شده:**    🌕بلی 🌕خیر | **محل دریافت مراقبت های بارداری:** 🌕بخش دولتی  هردو  🌕 بخش خصوصی 🌕 هردو | | | **تعداد مراقبت های متخصص زنان و زایمان :**  خصوصی:  دولتی: | | | | **تعداد مراقبت های ماما:**  خصوصی:  دولتی: | | **تعداد مراقبت های پزشک:**  عمومی خصوصی: عمومی دولتی: | | **تعداد مراقبت های بهورز/ بهورز ماما:** |
| **علت عدم دریافت مراقبت:**  **--** | | **مناسب بودن زمان شروع مراقبت ها:**  🌕بلی 🌕خیر | | | **تناسب تعداد مراقبت با سن بارداری:**  🌕بلی🌕خیر | | | | **شاخص توده بدنی مادر:**  🌕کم وزن (BMIکمتر از 5/18)  🌕اضافه وزن (BMI بین 25 تا 29)  🌕طبیعی (BMI بین 5/18 تا 9/24)  🌕چاق (BMI بیشتر و مساوی 30) | | | |
| **در طی مراقبت ها ارجاع فوری/ اعزام درخواست شده:**  🌕بلی 🌕خیر | | | **علت آخرین ارجاع فوری یا اعزام:**  **تنگی نفس وتپش قلب** | | | | **مورد ارجاع فوری پی گیری شده است:**  🌕بلی 🌕خیر | | | | **سن بارداری هنگام ختم بارداری (هفته):** | |
| **عوارض ایجاد شده در بارداری**:  🌕 سابقه 3 بار یا بیشتر سقط 🌕 دیابت بارداری 🌕 سابقه مرگ نوزاد 🌕 پره اکلامپسی 🌕 حوادث ترومبوتیک عفونت شدید مانند پیلونفریت 🌕 آمنیوسنتز 🌕 خونریزی 🌕 جفت سر راهی 🌕 سابقه تولد نوزاد نیازمند بستری در بخش مراقبت های ویژه 🌕خونریزی پس از زایمان نیازمند تزریق خون 🌕 مرده زایی 🌕 آمبولی مایع آمنیوتیک 🌕 دکلمان جفت  🌕 استفراغ شدید بارداری نیازمند بستری 🌕 زایمان زودرس یا سقط در سه ماهه دوم 🌕 سایکوز پس از زایمان  🌕 پارگی زودرس کیسه آب 🌕 سابقه تولد نوزاد یا ناهنجاری مادرزادی 🌕 جراحی در بارداری 🌕اختلالات تنفسی | | | | | | | | | | | | |
| **بیماری زمینه‌ای دارد: 🌕خیر** 🌕**بلی** (**اگر بلی، نوع آن مشخص شود( روماتیسم قلبی**  🌕بیماری قلبی 🌕 آنمی شدید (تالاسمی، سیکل سل، فقرآهن، ...) 🌕 HIV و ایدز 🌕 صرع 🌕 بیماری تیروئید 🌕 اختلال سیستم گردش خون 🌕 دیابت آشکار 🌕 فشارخون مزمن 🌕 هپاتیت 🌕 آسم شدید 🌕 بیماری بدخیم 🌕 اختلالات گوارشی 🌕 بیماری کلیوی 🌕 سل 🌕 اختلالات انعقادی 🌕 بیماری بافت همبند 🌕 اختلالات روانپزشکی 🌕 بیماری های تنفسی 🌕سایر | | | | | | | | | | | | |
| **در طی مراقبت ها ارجاع غیرفوری درخواست شده:** 🌕بلی 🌕خیر | | | | | | | | | | | | |
| **علت ارجاع : انمی دیابت بارداری** | | | | | | | | | | | | |
| **آیا تزریق واکسن کووید-19 انجام شده است** 🌕خیر 🌕بلی | | | | | | **در صورت تزریق، چند دوز** 🌕دوز اول 🌕دوز دوم | | | | | | |
| **علت عدم تزریق واکسن کووید-19** 🌕ترس از آسیب به مادر 🌕ترس از آسیب به جنین 🌕عدم توصیه کادر درمان | | | | | | | | | | | | |
| **توضیح:** | | | | | | | | | | | | |
| نتیجه زایمان/ سرانجام نوزاد **(در صورتی که زایمان مادر در خارج از بیمارستان انجام شده توسط بخش بهداشت تکمیل گردد.)** | | | | | | | | | | | | |
| **محل انجام زایمان یا ختم بارداری:** 🌕 بیمارستان/ زایشگاه 🌕 تسهیلات زایمانی 🌕 منزل 🌕 آمبولانس 🌕 مطب 🌕 سایر | | | | | | | | | | | | |
| **نتیجه زایمان یا ختم بارداری:**  🌕 زایمان نوزاد زنده 🌕 زایمان نوزاد مرده 🌕سقط 🌕 بارداری خارج از رحم 🌕 مول هیداتیفرم 🌕 در زمان بارداری و قبل از خروج جنین، مادر فوت کرده است | | | | | | | | | | | | |
| **عامل زایمان یا ختم بارداری:**  🌕 متخصص زنان و زایمان خصوصی 🌕 مامای خصوصی 🌕 پزشک عمومی خصوصی 🌕 ماما روستا  🌕 متخصص(رزیدنت) زنان و زایمان دولتی 🌕 مامای دولتی 🌕 پزشک عمومی دولتی 🌕 بهورز ماما  🌕 تکنسین اورژانس و ... 🌕 اطرافیان مادر یا هیچکس 🌕 سایر موارد | | | | | | | | | | | | |
| **نوع زایمان:**  🌕سزارین 🌕 طبیعی 🌕طبیعی با ابزار 🌕طبیعی بعد از سزارین قبلی 🌕 ختم بارداری کمتر از 22 هفته بدلیل مول، سقط، بارداری خارج رحمی | | | | | | | | | | | | |
| **وزن موقع تولد نوزاد:**  🌕 کمتر از 1000گرم 🌕 1000-1499گرم 🌕 1500-2499 گرم 🌕2500-4000گرم 🌕بیشتراز4000گرم 🌕ختم بارداری کمتراز22 هفته بدلیل مول، سقط، بارداری خارج رحمی | | | | | | | | | | | | |
| **سرانجام نوزاد:**  🌕بستری در بخش نوزادان 🌕 بستری در بخش مراقبت ویژه 🌕 هم اتاقی مادر و نوزاد 🌕 نوزاد نزد خانواده 🌕 مدتی بعد از تولد فوت شده 🌕 مرده بدنیا آمده | | | | | | | | | | | | |