

مشخصات فردی						
نام و نام خانوادگی مادر: - شماره همراه:	کد ملی:	تاریخ دقیق تولد مادر: (روز - ماه - سال)	واحد بهداشتی: <input type="radio"/> پایگاه سلامت <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> سابقه زندان <input type="radio"/> سابقه اعتیاد تزریقی <input type="radio"/> سابقه تزریق خون <u>○ خیر</u>	استعمال سیگار یا سایر دخانیات: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	مصرف داروهای مسکن و آرامبخش: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	مصرف الکل: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	مصرف مواد افیونی و محرک: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر		
تحت پوشش بیمه پایه: <u>○ خیر</u> <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> سایر (بانک ها، شرکت نفت، ارگان ها و ...)	<input type="radio"/> تأمین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت	<input type="radio"/> نیروهای مسلح <input type="radio"/> کمیته	نوع مالکیت منزل: <input type="radio"/> ملکی <input type="radio"/> استیجاری <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر (در صورت پاسخ بلی، نتیجه): <input type="radio"/> توصیه به اقدام خاص: <input type="radio"/> انجام اقدامات توصیه شده <input type="radio"/> منع بارداری داشته		خواسته بودن آخرین بارداری: <input type="radio"/> خواسته <input type="radio"/> ناخواسته		
فاصله دو بارداری آخر: <input type="radio"/> کمتر از ۲ سال <input type="radio"/> مساوی یا بیشتر از ۲ سال <input type="radio"/> بارداری قبلی سقط یا مول یا EP بوده	استفاده از دارو یا روش های کمک باروری پیش از این بارداری: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	قطع روش پیشگیری قبل از بارداری: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	بارداری هم زمان با روش پیشگیری: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	نوع روش پیشگیری: <input type="radio"/> قرص <input type="radio"/> IUD <input type="radio"/> TLO <input type="radio"/> کاندوم <input type="radio"/> آمپول		

**سوابق بارداری قبلی:**

- آتونی  پره اکلامپسی  جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی  جراحی روی رحم  چندقلوبی  دیابت بارداری  زایمان دیررس  زایمان زودرس  زایمان سخت/ زایمان سریع  سزارین قبلی  نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم  نوزاد با وزن بیشتر از ۴۰۰۰ 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 هیداتیرم  در زمان بارداری و قبل از خروج جنین، مادر فوت کرده است  ادامه بارداری

**مراقبت های دوران بارداری**

در طی بارداری مراقبت انجام شده:	محل دریافت مراقبت های بارداری:	تعداد مراقبت های متخصص زنان و زایمان:	تعداد مراقبت های ماما:	تعداد مراقبت های پزشک:	تعداد مراقبت های بهورز/ بهورز ماما: ۶:
<input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	بارداری: <input type="radio"/> بخش دولتی <input type="radio"/> بخش خصوصی <input type="radio"/> هر دو	خصوصی: <input type="radio"/> دولتی: <input type="radio"/>	ماما: <input type="radio"/> خصوصی: <input type="radio"/> دولتی: <input type="radio"/>	پزشک: <input type="radio"/> عمومی خصوصی: <input type="radio"/> عمومی دولتی: <input type="radio"/>	
علت عدم دریافت مراقبت: --	مناسب بودن زمان شروع مراقبت ها: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	تناسب تعداد مراقبت با سن بارداری: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	شاخص توده بدنی مادر: <input type="radio"/> کم وزن (BMI کمتر از ۱۸/۵) <input type="radio"/> اضافه وزن (BMI بین ۲۵ تا ۲۹) <input type="radio"/> طبیعی (BMI بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹) <input type="radio"/> چاق (BMI بیشتر و مساوی ۳۰)		
در طی مراقبت ها ارجاع فوری / اعزام درخواست شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	علت آخرین ارجاع فوری یا اعزام: تنگی نفس و تپش قلب	مورد ارجاع فوری پی گیری شده است: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	سن بارداری هنگام ختم بارداری (هفته):		
<p><b>عوارض ایجاد شده در بارداری:</b></p> <p> <input type="radio"/> سابقه ۳ بار یا بیشتر سقط <input type="radio"/> دیابت بارداری <input type="radio"/> سابقه مرگ نوزاد <input type="radio"/> پره اکلامپسی <input type="radio"/> حوادث ترومبوتیک عفونت شدید مانند پیلونفریت <input type="radio"/> آمنیوسنتز <input type="radio"/> خونریزی <input type="radio"/> جفت سر راهی <input type="radio"/> سابقه تولد نوزاد نیازمند بستری در بخش مراقبت های ویژه <input type="radio"/> خونریزی پس از زایمان نیازمند تزریق خون <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> آمبولی مایع آمنیوتیک <input type="radio"/> دکلمان جفت <input type="radio"/> استفرغ شدید بارداری نیازمند بستری <input type="radio"/> زایمان زودرس یا سقط در سه ماهه دوم <input type="radio"/> سایکوز پس از زایمان <input type="radio"/> پارگی زودرس کیسه آب <input type="radio"/> سابقه تولد نوزاد یا ناهنجاری مادرزادی <input type="radio"/> جراحی در بارداری <input type="radio"/> اختلالات تنفسی                     </p>					

بیماری زمینه‌ای دارد: <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی (اگر بلی، نوع آن مشخص شود) روماتیسم قلبی	
<input type="radio"/> بیماری قلبی <input type="radio"/> آنمی شدید (تالاسمی، سیکل سل، فقر آهن، ...) <input type="radio"/> HIV و ایدز <input type="radio"/> صرع <input type="radio"/> بیماری تیروئید <input type="radio"/> اختلال سیستم گردش خون <input type="radio"/> دیابت <input type="radio"/> آشکار <input type="radio"/> فشارخون مزمن <input type="radio"/> هیپاتیت <input type="radio"/> آسم شدید <input type="radio"/> بیماری بدخیم <input type="radio"/> اختلالات گوارشی <input type="radio"/> بیماری کلیوی <input type="radio"/> سل <input type="radio"/> اختلالات انعقادی <input type="radio"/> بیماری بافت همبند <input type="radio"/> اختلالات روانپزشکی <input type="radio"/> بیماری های تنفسی <input type="radio"/> سایر	
در طی مراقبت‌ها ارجاع غیرفوری درخواست شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
علت ارجاع: انمی دیابت بارداری	
آیا تزریق واکسن کووید-۱۹ انجام شده است	<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی
در صورت تزریق، چند دوز	<input type="radio"/> دوز اول <input type="radio"/> دوز دوم
علت عدم تزریق واکسن کووید-۱۹	<input type="radio"/> ترس از آسیب به مادر <input type="radio"/> ترس از آسیب به جنین <input type="radio"/> عدم توصیه کادر درمان
توضیح:	
<b>نتیجه زایمان / سرانجام نوزاد</b> (در صورتی که زایمان مادر در خارج از بیمارستان انجام شده توسط بخش بهداشت تکمیل گردد.)	
محل انجام زایمان یا ختم بارداری: <input type="radio"/> بیمارستان/زایشگاه <input type="radio"/> تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> آمبولانس <input type="radio"/> مطب <input type="radio"/> سایر	
نتیجه زایمان یا ختم بارداری:	
<input type="radio"/> زایمان نوزاد زنده	<input type="radio"/> زایمان نوزاد مرده
<input type="radio"/> خارج از رحم	<input type="radio"/> مول هیداتیفرم
<input type="radio"/> سقط	<input type="radio"/> در زمان بارداری و قبل از خروج جنین، مادر فوت کرده است
عامل زایمان یا ختم بارداری:	
<input type="radio"/> متخصص زنان و زایمان خصوصی	<input type="radio"/> مامای خصوصی
<input type="radio"/> متخصص (رزیدنت) زنان و زایمان دولتی	<input type="radio"/> مامای دولتی
<input type="radio"/> تکنسین اورژانس و ...	<input type="radio"/> اطرافیان مادر یا هیچکس
<input type="radio"/> پزشک عمومی خصوصی	<input type="radio"/> پزشک عمومی دولتی
<input type="radio"/> ماما روستا	<input type="radio"/> بهورز ماما
<input type="radio"/> سایر موارد	
نوع زایمان:	
<input type="radio"/> سزارین <input type="radio"/> طبیعی <input type="radio"/> طبیعی با ابزار <input type="radio"/> طبیعی بعد از سزارین قبلی	<input type="radio"/> ختم بارداری کمتر از ۲۲ هفته بدلیل مول، سقط، بارداری خارج رحمی
وزن موقع تولد نوزاد:	
<input type="radio"/> کمتر از ۱۰۰۰ گرم	<input type="radio"/> ۱۰۰۰-۱۴۹۹ گرم
<input type="radio"/> بیشتر از ۴۰۰۰ گرم	<input type="radio"/> ۱۵۰۰-۲۴۹۹ گرم
	<input type="radio"/> ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم
	<input type="radio"/> ختم بارداری کمتر از ۲۲ هفته بدلیل مول، سقط، بارداری خارج رحمی
سرانجام نوزاد:	
<input type="radio"/> بستری در بخش نوزادان	<input type="radio"/> بستری در بخش مراقبت ویژه
<input type="radio"/> نوزاد نزد خانواده	<input type="radio"/> مدتی بعد از تولد فوت شده
	<input type="radio"/> هم اتاقی مادر و نوزاد
	<input type="radio"/> مرده بدنیا آمده