



سامانه مادر و نوزاد ۱۴۰۱

ثبت اطلاعات زایمان تا ۲ ساعت بعد از تولد و در اتاق زایمان



شماره پرونده مادر: تاریخ بستری مادر: ساعت بستری مادر:

اداره سلامت نوزادان

ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی: سال تولد مادر: شماره ملی مادر: فاقد شماره ملی <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی مادر: نسبت خویشاوندی: تاریخ تولد مادر: نام و نام خانوادگی پدر: تعداد قل (چند قلو):
محل سکونت مادر: شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> عشایر: نشانی محل زندگی: استان: شهرستان: منطقه: شماره تلفن همراه مادر یا پدر:
آیا رحم جایگزین (surrogate) می باشد؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: در صورت پاسخ "بله" سال تولد مادر حقیقی (بیولوژیک): شماره ملی مادر حقیقی:
نوع بیمه: میزان تحصیلات مادر: شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: در صورت بلی مجازی <input type="radio"/> حضوری <input type="radio"/> : تعداد جلسه:
سن بارداری: آیا مادر همراه داشت؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: همراه مادر؟ <input type="checkbox"/> بستگان همجنس <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> ماما همراه
BMI سه ماه اول بارداری یا قبل از بارداری: کم وزن (< 18.5) <input type="radio"/> وزن نرمال ($18.5 - 24.9$) <input type="radio"/> اضافه وزن ($25 - 29.9$) <input type="radio"/> چاق (> 30) <input type="radio"/> نامشخص
تعداد بارداری (G): تعداد زایمان قبلی (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزندان زنده (از حاملگی های قبلی): گروه خونی مادر: <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> B <input type="radio"/> A <input type="radio"/> O <input type="radio"/> +RH <input type="radio"/> -RH
مرگ نوزاد قبلی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: سابقه مرده زایی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: آیا بررسی های غربالگری ناهنجاری جنین انجام شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
سابقه سزارین: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: تعداد سزارین قبلی: بارداری به روش مصنوعی ART: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
چگونگی شروع درد های زایمانی: شروع خود به خودی درد زایمانی <input type="radio"/> ایندکشن قبل از شروع درد های زایمانی <input type="radio"/> سزارین قبل از شروع درد زایمانی <input type="radio"/>
آیا تست سریع HIV یا الایزا در دوران بارداری انجام شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: جواب تست تاییدی؟ <input type="radio"/> مثبت <input type="radio"/> منفی
در صورت عدم انجام الایزا یا رید تست در بارداری آیا در اتاق زایمان تست سریع انجام شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: جواب تست سریع در اتاق زایمان؟ <input type="radio"/> مثبت <input type="radio"/> منفی
عوامل خطر بارداری: اعتیاد مادر به مواد مخدر و روانگردان <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> دیابت پی از بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامسی/اکلامسی <input type="checkbox"/> هیپرتنشن <input type="checkbox"/> کوریوآمینیوت <input type="checkbox"/> آنمی یا همگلوبین کمتر از ۷ <input type="checkbox"/> آنمی یا همگلوبین ۷ الی ۱۰ <input type="checkbox"/> پیلونفریت <input type="checkbox"/> کووید (مشکوک یا قطعی) <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> آنفلوانزا <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="checkbox"/>
عوامل خطر زایمانی: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت <input type="checkbox"/> دکلمان جفت <input type="checkbox"/> آغشگی به مکنونیم <input type="checkbox"/> شریان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/>
تجویز کورتیکواستروئید (بنامتازون یا دکزامتازون): <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> ننگرفته <input type="radio"/> نامشخص: تجویز سولفات منیزوم به مادر ($GA < 32W$): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
تجویز آنتی بیوتیک به مادر ($GA < 32W$) در طی بستری قبل از زایمان؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: تجویز توکولیتیک به مادر ($GA < 32W$) برای تاخیر زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
عامل زایمان: متخصص زنان و مامایی <input type="radio"/> رزیدنت زنان و مامایی <input type="radio"/> ماما <input type="radio"/> پزشک عمومی <input type="radio"/> ماما روستا (بهورز ماما) <input type="radio"/> سایر افراد: <input type="checkbox"/>
شماره نظام پزشکی متخصص زنان مسئول زایمان: شماره نظام پزشکی/مامایی عامل زایمان: <input type="checkbox"/>

اطلاعات واکسن کرونا مادر

آیا واکسن ضد کوید ۱۹ دریافت شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: تعداد واکسن های دریافتی: <input type="checkbox"/>
نوع واکسن نوبت اول: نوع واکسن نوبت دوم: نوع واکسن نوبت سوم: نوع واکسن نوبت چهارم: <input type="checkbox"/>

مشخصات نوزاد

تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد: جنسیت: <input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم: مرتبه تولد (قل چندم): <input type="checkbox"/>
وزن (گرم): دور سر (سانتی متر): قد (سانتی متر): تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین: زایمان واژینال بعد از سزارین (وی بک): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: پوزانسیون: <input type="radio"/> سفالیک <input type="radio"/> بریج <input type="radio"/> عرضی یا مورب (ابلیک)
روشهای کاهش درد زایمان / زایمان بیدرد: ندارد <input type="radio"/> غیر دارویی <input type="radio"/> اپیدورال <input type="radio"/> اسپینال <input type="radio"/> اتونوکس <input type="radio"/> تزریق مسکن یا مخدر <input type="radio"/> شیوه بیهوشی در سزارین: <input type="radio"/> بیهوشی عمومی <input type="radio"/> اسپینال <input type="radio"/> اپیدورال
علت سزارین: <input type="radio"/> سزارین قبلی و یا اسکار رحم <input type="radio"/> زجر جنینی <input type="radio"/> پوزانسیون غیر طبیعی <input type="radio"/> مشکلات جفت و بند ناف <input type="radio"/> به درخواست مادر <input type="radio"/> لیبر غیر طبیعی (دیستوشی) <input type="radio"/> چند قلوئی <input type="radio"/> سایر علل تعریف نشده: <input type="checkbox"/>
زمان قطع بند ناف: در ۳۰ ثانیه نخست <input type="radio"/> ۳۰ ثانیه الی ۱ دقیقه <input type="radio"/> حداقل یک دقیقه یا بیشتر <input type="radio"/> تمامی پوست به پوست در ساعت اول: <input type="radio"/> انجام نشد <input type="radio"/> کمتر از یک ساعت تماس <input type="radio"/> یک ساعت یا بیشتر
مکان زایمان: <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> در مسیر انتقال <input type="radio"/> سایر: تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
پیشرفت: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشت <input type="radio"/> گامهای نخستین <input type="radio"/> نیاز به احیا نداشت <input type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> PPV <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو
عملیات احیا: <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو
چگونگی حضور تیم احیا نوزاد در اتاق زایمان / عمل: <input type="radio"/> عدم حضور و انجام مراقبت توسط پرسنل همان محل <input type="radio"/> حضور تیم قبل از تولد نوزاد <input type="radio"/> حضور تیم بعد از تولد نوزاد
اعضا تیم احیا فراخوانده شده شامل: <input type="checkbox"/> متخصص اطفال/ فوق نوزادان <input type="checkbox"/> پرستار احیا/ نوزادان <input type="checkbox"/> دستیار تخصصی/فوق تخصصی <input type="checkbox"/> متخصص بیهوشی <input type="checkbox"/> سایر موارد
نمره آپگار دقیقه اول: نمره آپگار دقیقه ۵: <input type="checkbox"/>
سیستم عصبی: <input type="checkbox"/> اداری تناسلی: <input type="checkbox"/> اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/> پوست: <input type="checkbox"/> چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>
ناهنجاری بدو تولد (ارثی): <input type="radio"/> قلبی عروقی: <input type="checkbox"/> تنفسی: <input type="checkbox"/> گوارشی: <input type="checkbox"/>
فرجام زایمان: <input type="radio"/> انتقال به نزد مادر <input type="radio"/> بستری در همان بیمارستان <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد <input type="radio"/> انتقال به بیمارستان دیگر: <input type="checkbox"/>
صدمات زایمانی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: شکستگی ترقوه <input type="checkbox"/> فلج ارب دوشن <input type="checkbox"/> فلج کلامیکه <input type="checkbox"/> خونریزی مغزی <input type="checkbox"/> سفال هماتوم <input type="checkbox"/> خونریزی ساب گائال
آیا ABG بند ناف (در اتاق زایمان) گرفته شد؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: PH بند ناف؟ <input type="radio"/> > 7.00 <input type="radio"/> $7.00 - 7.20$ <input type="radio"/> < 7.20 BE بند ناف؟ <input type="radio"/> > -12 <input type="radio"/> -12 تا -16 <input type="radio"/> > -16
مرگ نوزاد در اتاق زایمان: مراقبت تسکینی: (عدم انجام احیا نوزاد به دلیل عدم قابلیت حیات) <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر: علت مرگ نوزاد: <input type="checkbox"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="checkbox"/> آسفیکیسی <input type="checkbox"/> نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) <input type="checkbox"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="checkbox"/>
مرگ داخل رحمی: زمان فوت جنین: <input type="radio"/> قبل از مراجعه یا زایشگاه <input type="radio"/> در طی زایمان در زایشگاه <input type="checkbox"/> نامشخص: علت مرگ جنین: <input type="checkbox"/> بیماری جنین <input type="checkbox"/> اختلال مایع آمنیوتیک <input type="checkbox"/> اختلال جفت <input type="checkbox"/> اختلال بند ناف <input type="checkbox"/> آسفیکیسی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="checkbox"/>

این صفحه در وب سایت به ثبت رسیده است:

مهر و امضاء عامل زایمان