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 🌕 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:**  | **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(**🌕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 :** |
| **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 |