**مرکز بهداشت شهرستان: مرکز بهداشتی درمانی/پایگاه بهداشتی: خانه بهداشت: سال** ........**13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شماره خانوار/****کد شناسه** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **سن (سال)** | **مراقبت پیش از بارداری** | **تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی** | **تاریخ تقریبی زایمان** | **شرح حال ابتدای بارداری** | **ارزیابی معمول بارداری با تعیین تاریخ مراجعه** |
| **وضعیت بارداری فعلی** | **سابقه بارداری و زایمان قبلی** | **سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری** | **هفته 10-6** | **هفته 15-11** | **هفته 20-16** | **هفته 25-21** | **سقط/ حاملگی خارج از رحم** | **هفته30-26** | **هفته 34-31** | **هفته37-35** | **زایمان زودرس** | **هفته 38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **مرکز بهداشت**

 **شهرستان: شتی- درمانی/ پایگاه بهداشتی: خانه بهداشت:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی معمول بارداری با تعیین تاریخ مراجعه** | **ایمن سازی با توأم** | **کلاس آمادگی برای زایمان** | **زایمان** | **نوزاد** | **مرده زایی** | **ارزیابی معمول پس از زایمان با تعیین تاریخ مراجعه** | **مرگ نوزاد در 6 ساعت اول پس از زایمان** | **مرگ مادر** | **توضیحات** |
| **هفته39** | **هفته40** | **هفته 41** | **زایمان دیررس** | **تاریخ** | **نوع** | **محل** | **عامل** | **تعداد** | **وزن** | **جنس** | **ملاقات** **3- 1** | **ملاقات** **15-10**  | **ملاقات** **60-42**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |