

تاریخ:

فرم مراقبت بارداری

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

نتیجه مثبت تشخیص بارداری: گراویندکس (ادرار) ☐ بتاساب یونیت (خون) ☐ سونوگرافی ☐ تاریخ انجام:

بخش ۱: شرح حال

سن:

شغل:

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زننده: مرده:

تاریخ آخرین زایمان: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان:

قد: وزن: نمایه توده بدنی: آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

☐	بارداری زیر ۱۸ سال	☐	بارداری بالای ۳۵ سال	☐	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال
☐	بارداری پنجم و بالاتر	☐	بارداری اول	☐	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر
☐	چندقلویی	☐	ارهاش منفی	☐	نمایه توده بدنی غیر طبیعی
☐	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	☐	اعتیاد به مواد مخدر	☐	مصرف الکل
☐	شیردهی همزمان با بارداری	☐	آمپول همزمان با بارداری	☐	آیودی همزمان با بارداری
☐	لایسنسرتونول یا سایر قرص های پیشگیری همزمان با بارداری	☐	بارداری همزمان با بستن لوله ها	☐	بارداری همزمان با بستن لوله ها

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

☐	پره اکلامپسی / اکلامپسی	☐	جدا شدن زودرس جفت	☐	جفت سر راهی
☐	خونریزی پس از زایمان	☐	دیابت بارداری	☐	زایمان دیررس
☐	زایمان سخت	☐	زایمان سریع	☐	سقط مکرر/ دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی
☐	سزارین	☐	مرده زایی	☐	مرگ نوزاد
☐	نوزاد ناهنجار	☐	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	☐	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری یا ناهنجاری (نیازمند ارجاع غیرفوری برای مراقبت ویژه توسط پزشک یا ماما)

☐	بیماری قلبی	☐	صرع	☐	دیابت / دیابت در خانواده
☐	بیماری کلیوی	☐	آسم	☐	سل
☐	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری	☐	اختلال روانی	☐	ناهنجاری اسکلتی
☐	هیپاتیت	☐	اختلال انعقادی	☐	ناهنجاری های دستگاه تناسلی
☐	سرتان پستان در مادر یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط مادر	☐	سایر بیماری ها:	☐	تالاسمی مینور
☐	سابقه بیماری در خانواده:	☐	سابقه بیماری در خانواده:	☐	مادر ☐ همسر ☐
☐	نوع داروهای مصرفی:	☐	حساسیت دارویی:	☐	مادر ☐ همسر ☐

رفتارهای پرخطر در مادر یا همسرش (نیازمند ارجاع غیر فوری)

☐	سابقه زنان	☐	مادر ☐ همسر ☐	☐	سابقه تزریق مکرر خون
☐	سابقه اعتیاد تزریقی	☐	مادر ☐ همسر ☐	☐	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی (این بخش توسط پزشک یا ماما بررسی و ثبت می شود)

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)		نتیجه	
RBC:	هموگلوبین:	RBC:	هموگلوبین:
WBC:	هماتوکریت:	WBC:	هماتوکریت:
MCV:	پلاکت:	MCV:	پلاکت:
MCH:		MCH:	
GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)			
GTT (در صورت نیاز)			
کومبس غیر مستقیم (نوبت اول)			
کاملاً ادرار		طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ نکات غیر طبیعی:	
کشت ادرار		محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها (در صورت نیاز):	
BUN و کراتی نین خون		BUN: کراتی نین خون:	
گروه خونی و ارهاش		مادر: ارهاش همسر:	
HBs Ag (در صورت نیاز)			
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۳۴)		سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)	
تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:	تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:
سن بارداری (LMP):	سن بارداری (گزارش سونوگرافی):	سن بارداری (LMP):	سن بارداری (گزارش سونوگرافی):
وضعیت جفت:	وضعیت جفت:	وضعیت جفت:	وضعیت جفت:
نکات مهم:	نکات مهم:	نکات مهم:	نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):			
.....			
.....			
.....			

بخش ۳: معاینه (این بخش توسط پزشک بررسی و ثبت می شود)

معاینات توسط پزشک انجام می شود. موردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام شود.

فشارخون:		درجه حرارت:		نبض:		تنفس:	
چشم	زردی اسکلرا ☐	رنگ پریدگی ملتحمه ☐					
تیروئید	قوام غیر طبیعی ☐	اندازه غیر طبیعی ☐	ندول ☐				
قلب	سوفل سیستولیک ☐	سوفل دیاستولیک ☐	آریتمی ☐				
ریه	ویزینگ ☐	رال ☐					
پوست	بثورات ☐	نوع بثورات:					
پستان*	قوام غیر طبیعی ☐	ظاهر غیرطبیعی یا غیر قرینه ☐	توده ☐	خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان ☐			
شکم	بزرگی کبد و طحال ☐	اسکار ☐	توده ☐				
اندام ها	ادم ☐	ناهنجاری اسکلتی ☐	رنگ: سرخی ☐	کبودی ☐	رنگ پریدگی ☐		

تاریخ / نام، مهر و امضا:

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایش ها یا سونوگرافی)

.....

.....

.....

تاریخ / نام، مهر و امضا:

بخش ۴: ارزیابی معمول (در موارد ستاره دار، به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود)

زمان ملاقات (هفته بارداری)											
										اجزای مراقبت	
۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۶	۲۵ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶	
											تاریخ مراجعه
	*										سن بارداری (هفته)
											خوریزی
											پارگی کیسه آب
											درد شدید یا حاد شکم
											تشنج
											اختلال هوشیاری
											شوک
											لکه بینی
											سوزش ادرار
											آبریزش
											تنگی نفس
											* درد(شکم، پهلوی، دندان، یک طرفه ساق و ران)
											استفراغ شدید یا خونی
											علامت غیرطبیعی(سرفه مداوم، خستگی ، سردرد شدید)
											سرگیجه
											ترشحات چرکی و بدبو مهبل و سوزش تناسلی
								*			کاهش / نبود حرکت جنین
											خارش پوست
											* علایم روانی شدید
											علایم روانی خفیف
											* همسرآزاری
											ضربه
											شکایت شایع
											شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان
											مصرف مکمل های دارویی
											مصرف روزانه گوشت ، حبوبات، تخم مرغ
											مصرف روزانه نان و غلات
											مصرف روزانه شیر و فراورده ها
											مصرف روزانه میوه و سبزی
											میزان وزن
											افزایش وزن ناگهانی
											فشارخون
											فشارخون بالا
											افزایش تدریجی فشارخون
											* تعداد نبض و تنفس
											تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی

بخش ۴: ارزیابی معمول (در موارد ستاره دار، به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود)

زمان ملاقات (هفته بارداری)												
اجزای مراقبت											اندازه گیری کنید	
۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۶	۲۵ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶		
											چشم	
											پوست	
											اندام ها	
											دهان و دندان	
											آموزش و توصیه ها	
											مکمل های دارویی	
											تعیین تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)	
											نام و امضای مراقبت کننده	

بخش ۵: ایمن سازی

در صورت کامل بودن ☐ در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم: در صورت تزریق در سایر موارد: (مورد را بنویسید) تاریخ تزریق:	تاریخ تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری:
---	--

واکسن توأم

جدول وزن گیری

بخش ۷: پسخوراند / مراقبت ویژه

♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که باید بر اساس نتیجه شرح حال و یا ارزیابی معمول و یا بر اساس دستورات فرم پسخوراند از مقصد ارجاع انجام شود را در ستون «فهرست اقدامات» بنویسید.

♦ اقدامات یا مراقبت‌های ویژه ای که برای مادر (در زمان ملاقات‌های تعیین شده و یا خارج از زمان ملاقات‌های تعیین شده) بر اساس بخش «مراقبت ویژه بارداری» توسط پزشک یا ماما و یا بر اساس دستورالعمل‌های فرم پیش‌خواند

انجام شده است را در ستون «اقدامات انجام شده» بنویسید. در هر مراجعه، از مادر در مورد خونریزی، ابریزش و درد شکم سوال و مورد را ثبت کنید. میزان فشارخون و تعداد ضربان قلب جنین را نیز ثبت کنید.

[illegible]