

شماره پرونده/ شناسه/ کد ملی:

تاریخ:

فرم مراقبت بارداری

(ماما/ پزشک)

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ انجام:

سونوگرافی

بتاساب یونیت

گراویندکس نتیجه مثبت تشخیص بارداری:

بخش ۱: شرح حال

شغل:

سن:

مرد:

تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

تاریخ تقریبی زایمان:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:

تاریخ آخرین زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

نمایه توده بدنی:

وزن:

قد:

وضعیت بارداری فعلی (نیازمند مراقبت ویژه)

☐	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	☐	بارداری بالای ۳۵ سال	☐	بارداری زیر ۱۸ سال
☐	سن بارداری نامشخص	☐	بارداری اول	☐	بارداری پنجم و بالاتر
☐	شغل سخت و سنگین	☐	نمایه توده بدنی غیر طبیعی	☐	ارهاش منفی
☐	حملگی ناخواسته	☐	مصرف الکل	☐	اعتیاد به مواد مخدر
☐	کاشتگی ها همزمان با بارداری	☐	آیودی همزمان با بارداری	☐	کشدین سیگار یا سایر دخانیات
☐	بارداری همزمان با بستن لوله ها	☐	بارداری همزمان با بارداری	☐	شیردهی همزمان با بارداری
☐		☐		☐	لایسترونول همزمان با بارداری

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

☐	جفت سرراهی	☐	جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)	☐	پره اکلامپسی/ اکلامپسی	☐	آتونی (اینرسی)
☐	زایمان زودرس	☐	زایمان دیررس	☐	دیابت بارداری	☐	چندقلویی
☐	سقط مکرر/ دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	☐	سقط مکرر/ دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	☐	زایمان سریع	☐	زایمان سخت
☐	مول/ حاملگی نابجا	☐	مرگ نوزاد	☐	مرد زایی	☐	سزارین
☐	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	☐	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	☐	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	☐	نوزاد ناهنجار

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری/ ناهنجاری (نیازمند مراقبت ویژه)

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

رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش

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

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)		نتیجه	
CBC	هموگلوبین: پلاکت:	CBC	هماتوکریت: پلاکت:
GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)		GCT	
GTT (در صورت نیاز)		GTT (در صورت نیاز)	
کومبس غیر مستقیم (نوبت اول)		کومبس غیر مستقیم (نوبت دوم)	
کامل ادرار	طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐ نکات غیر طبیعی:.....	کامل ادرار	طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐ 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:		
HBsAg (در صورت نیاز)			
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)		سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۳۴)	
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 مایع آمنیوتیک:	وضعیت جفت:	وضعیت مایع آمنیوتیک:
نکات مهم:	نکات مهم:	نکات مهم:	نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):			

بخش ۳: معاینه

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

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایشها یا سونوگرافی)

.....

تاریخ / نام و امضاء:

بخش ۴: ارزیابی معمول

اجزای مراقبت											زمان ملاقات (هفته بارداری)
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)
											علائم خطر فوری

★ به طور معمول از حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندزا و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان شکم اول، اولین حرکت جنین احساس می شود. در هفته ۱۶ تا ۲۰ از وجود حرکت جنین سؤال و در صورت پاسخ منفی، به مادر آموزش دهید به حرکت جنین توجه کند.

★ ★ در هفته ۲۰ بارداری، نشنیدن صدای قلب جنین با گوشی مامایی به معنای نبود صدای قلب نیست. استفاده از سونو کیت به شنیدن صدای قلب جنین در این زمان کمک می کند.

بخش ۴: ارزیابی معمول

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	چشم	زردی رنگ پریدگی شدید/ آنمی	پوست	بثورات	اندام ها	ادم دستها و صورت/ ادم یک طرفه ساق و ران	پوسیدگی دندان	جرم دندان	التهاب لثه	عفونت دندانی، آبسه	نتیجه ارزیابی	در هر ملاقات	آموزش و توصیه ها												
																		</																	

بخش ۵: ایمن سازی

واکسن توأم	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:
------------	---	--

جدول وزن گیری

بخش ۷: پسخوراند / مراقبت ویژه

♦ اقدامات یا مراقبت‌های ویژه مورد نیاز که باید براساس نتیجه شرح حال و یا نتیجه ارزیابی معمول و یا براساس دستورات فرم پسخوراند از مقصد ارجاع انجام شود، را در ستون «فهرست اقدامات» بنویسید.

♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که برای مادر (در زمان ملاقاتهای تعیین شده و یا خارج از زمان ملاقاتهای تعیین شده) بر اساس بخش «مراقبت ویژه بارداری» و یا براساس دستورات فرم پسخوراند انجام داده اید، را

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

[illegible]