

تاریخ:

فرم مراقبت پیش از بارداری

(ماما/ پزشک)

شغل:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: شرح حال

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده:

تاریخ آخرین زایمان: قد: وزن: نمایه توده بدنی:

روش فعلی پیشگیری از بارداری:

وضعیت فعلی خانم برای باردار شدن (نیازمند مراقبت ویژه)

☐	سن زیر ۱۸ سال	☐	بارداری پنجم و بالاتر	☐	اعتیاد به مواد مخدر	☐	شغل سخت و سنگین
☐	سن بالای ۳۵ سال	☐	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	☐	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	☐	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی
☐	سابقه یا وجود همسرآزار	☐	نسبت خویشاوندی با همسر	☐	مصرف الکل	☐	مشکلات دهان و دندان
☐	وجود اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)						

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

☐	نوزاد ناهنجار	☐	تأخیر رشد داخل رحمی	☐	جراحی شکم و رحم	☐	زایمان زودرس
☐	مرده زایی	☐	مرگ نوزاد	☐	بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)	☐	

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

☐	بیماری قلبی	☐	صرع	☐	دیابت / دیابت در خانواده	☐	فشارخون بالا
☐	بیماری کلیوی	☐	آسم	☐	سل	☐	بیماری تیروئید
☐	هیپاتیت	☐	اختلال انعقادی	☐	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	☐	تالاسمی مینور خانم همسر
☐	سرطان پستان در خانم بالای ۲۵ سال یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط خانم						
☐	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری						
سایر بیماری ها:							
نوع داروهای مصرفی:				حساسیت دارویی:			

رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش

☐	سابقه زندان	☐	خانم	☐	همسر	☐	سابقه تزریق مکرر خون	☐	خانم	☐	همسر
☐	سابقه اعتیاد تزریقی	☐	خانم	☐	همسر	☐	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	☐	خانم	☐	همسر

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
نوع آزمایش های معمول	نتیجه	نوع آزمایش های معمول	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت:	کامل ادرار	طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐ نکات غیر طبیعی:.....
گروه خونی و ارهاش		کشت ادرار	
HBsAg (در صورت نیاز)		قند خون ناشتا	
VDRL (در صورت نیاز)		تیترا آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)	
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی (در صورت نیاز)	پاپ اسمیر (در صورت نیاز)
تاریخ انجام: نتیجه:	تاریخ انجام: نتیجه:

بخش ۳: معاینه

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

فشارخون:.....

چشم	زردی اسکلرا ☐ رنگ پریدگی ملتحمه ☐
دهان و دندان	التهاب لثه ☐ جرم دندان ☐ پوسیدگی دندان ☐ عفونت دندانی / آبسه ☐
تیروئید	قوام غیر طبیعی ☐ اندازه غیر طبیعی ☐ ندول ☐
قلب	سوفل سیستولیک ☐ سوفل دیاستولیک ☐ آریتمی ☐
ریه	ویزینگ ☐ رال ☐
پوست	بثورات ☐ نوع بثورات:
پستان ها*	قوام و ظاهر غیر طبیعی ☐ توده ☐ خروج هر نوع ترشح از پستان ☐
شکم	بزرگی کبد و طحال ☐ اسکار ☐ توده ☐
اندام ها	ناهنجاری اسکلتی ☐ رنگ: رنگ پریدگی ☐ سرخی ☐ کبودی ☐
واژن و لگن*	ناهنجاریهای لگنی ☐ ضایعات ناحیه تناسلی ☐ ترشحات عفونی ☐ وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها ☐

بخش ۴: ایمن سازی

توأم: کامل ☐ ناکامل ☐ (علت ناکامل بودن را بنویسید)..... تاریخ تزریق واکسن توأم (در صورت نیاز):.....

تاریخ تزریق واکسن سرخچه (در صورت نیاز):.....

بخش ۵: پسخوراند/مراقبت ویژه

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

♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که بر اساس «راهنمای مراقبت پیش از بارداری و یا تفسیر نتایج آزمایش ها» انجام داده اید، را در ستون «اقدامات انجام شده» بنویسید.

تاریخ مراجعه	علت (مراجعه/ارجاع)	فهرست اقدامات(مراقبت های ویژه) مورد نیاز	اقدامات انجام شده
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

بخش ۶: آموزش و توصیه

بهداشت فردی ☐	بهداشت روان ☐	بهداشت جنسی ☐	بهداشت دهان و دندان ☐	تغذیه/ مکملهای دارویی ☐	زمان مناسب باردار شدن و قطع روش پیشگیری از بارداری ☐
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---

تاریخ مراجعه بعدی(در صورت نیاز):..... نام و امضاء معاینه کننده:..... نتیجه نهایی مشاوره پیش از بارداری:.....