

فرم مراقبت بارداری

تاریخ:

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: شرح حال

سن:

شغل:

مرد:

تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (سونوگرافی):

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (اظهار مادر):

تاریخ آخرین زایمان:

تاریخ تقریبی زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی (نیازمند ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	سن بارداری نامشخص
<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار / دخانیات	<input type="checkbox"/>	حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده	<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین
<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با IUD	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با لاینسترونول	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر
<input type="checkbox"/>	شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با TL	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با آمپول

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	جفت سر راهی	<input type="checkbox"/>	جدا شدن زودرس جفت	<input type="checkbox"/>	پره اکلامپسی / اکلامپسی
<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	دیابت بارداری	<input type="checkbox"/>	خونریزی پس از زایمان
<input type="checkbox"/>	سقط مکرر/ دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	<input type="checkbox"/>	سقط مکرر/ دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	زایمان سخت
<input type="checkbox"/>	مول/ حاملگی نابجا	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	سزارین
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیشتر از ۴۰۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری یا ناهنجاری (نیازمند ارجاع غیر فوری به پزشک یا ماما)

<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	بیماری گوارشی	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	اختلال روانی
<input type="checkbox"/>	هیپاتیت	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/>	لوپوس
<input type="checkbox"/>	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/>	ایدز	<input type="checkbox"/>	آنمی فقر آهن	<input type="checkbox"/>	آنمی داسی شکل
سایر بیماری ها:							
نوع داروهای مصرفی:				حساسیت دارویی:			

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

<input type="checkbox"/>	سابقه زندان	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون
<input type="checkbox"/>	سابقه اعتیاد تزریقی	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده

بخش ۲: نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی (این بخش توسط پزشک یا ماما بررسی و ثبت می‌شود)

تاریخ درخواست:		تاریخ درخواست:	
تاریخ انجام:		تاریخ انجام:	
آزمایش‌های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)	نتیجه	آزمایش‌های معمول هفته (۲۶ تا ۳۰)	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت:	CBC	هموگلوبین: پلاکت:
FBS		FBS	
گروه خونی و اره‌اش	مادر:	OGTT	ارهاش همسر:
کومبس غیر مستقیم (نوبت اول)			کومبس غیر مستقیم (نوبت دوم)
کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
کشت ادرار	تکات غیر طبیعی:.....	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش‌ها (در صورت نیاز):	تکات غیر طبیعی:.....
BUN و کراتی نین خون	BUN: کراتی نین خون:		
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 درخواست:
سن بارداری (LMP):	سن بارداری (کزارش سونوگرافی):
وضعیت جفت:	وضعیت مایع آمنیوتیک:
آنومال جنین:	وضعیت جفت:
نکات مهم:	نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی‌ها (در صورت نیاز):	

توصیه به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت انجام غربالگری ناهنجاری جنین، تاریخ انجام نتیجه غربالگری:

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

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

فشارخون:	درجه حرارت:	نبض:	تنفس:
چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>	
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ندول <input type="checkbox"/>
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>	آریتمی <input type="checkbox"/>
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>	
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:.....	
پستان*	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیر طبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
اندام‌ها	ادم <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: سرخی <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی <input type="checkbox"/> کبودی <input type="checkbox"/>
قد:	وزن:	نمایه توده بدنی:	

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایش‌ها یا سونوگرافی) (این بخش توسط پزشک و ماما ثبت می‌شود)

.....

تاریخ / نام و امضاء:

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

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	خونریزی										
	پارگی کیسه آب										
	درد شدید یا حاد شکم										
	تشنج										
	اختلال هوشیاری										
	شوک										
	لکه بینی										
	سوزش ادرار										
	آبریزش										
	* درد (شکم، پهلو، دندان، یک طرفه ساق و ران)										
عوارض	استفراغ شدید یا خونی										
	ترشحات چرکی و بدبو مهبل و سوزش تناسلی										
	کاهش / نبود حرکت جنین *										
	خارش پوست										
	* علائم روانی شدید										
	علائم روانی خفیف										
	* همسرآزاری										
	ضربه										
	شکایت شایع										
	مصرف مکمل های دارویی										
تغذیه	مصرف روزانه گوشت یا تخم مرغ										
	مصرف روزانه حبوبات										
	مصرف روزانه شیر و لبنیات										
	مصرف روزانه میوه و سبزی										
اندازه گیری کنید	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	
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		
											میزان درجه حرارت تب	اندازه گیری کنید
											میزان ارتفاع رحم	
											عدم تطابق ارتفاع رحم با سن بارداری	
											تعداد ضربان قلب جنین	معاینه کنید
											نشئیدن یا غیر طبیعی بودن ضربان قلب	
											زردی	
											رنگ پریدگی شدید/ آنمی	
											بثورات	چشم
											ورم دست و صورت/ ورم یک طرفه ساق و ران	پوست
											پوسیدگی دندان	اندام ها
											جرم دندان	
											التهاب لثه	
											عفونت دندانی، آبسه	
											بهداشت فردی / روان / جنسی	معاينه دندان
											بهداشت دهان و دندان	
											تغذیه و مکمل های دارویی	
											علائم خطر/ شکایت شایع	
											عدم اعتیاد و مصرف سیگار و الکل	
											فواید، آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی	
											شیردهی	
											زمان مناسب بعدی زایمان	
											مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد	آموزش و توصیه ها
											توصیه به شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان	
											اسید فولیک	
											آهن	
											مولتی ویتامین	مکمل های دارویی
											تعیین تاریخ مراجعه بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)	
											نام و امضاء معاینه کننده	

بخش ۵: ایمن سازی

واکسن توأم	<input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم: <input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم: <input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:
	تاریخ تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری:

جدول وزن گیری

بخش ۷: پسخوراند / مراقبت ویژه

• اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که باید براساس نتیجه شرح حال و یا 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» توسط پزشک یا ماما و یا براساس دستورات فرم پسخوراند انجام شده است، 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.

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