

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:

## وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	سن زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر
<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل
<input type="checkbox"/>	سابقه یا وجود همسر آزار	<input type="checkbox"/>	مشکلات دهان و دندان	<input type="checkbox"/>	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	روش فعلی پیشگیری از بارداری:
<input type="checkbox"/>	وجود اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش	<input type="checkbox"/>	وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)				

## سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار	<input type="checkbox"/>	تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>	جراحی شکم و رحم	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)		

## سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری / ناهنجاری

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

## رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش

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

## بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
نوع آزمایش های معمول	نتیجه	نوع آزمایش های معمول	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت: هماتوکریت:	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> نکات غیر طبیعی:.....
گروه خونی و اره‌اش		کشت ادرار	
HBsAg (در صورت نیاز)		قند خون ناشتا	
VDRL (در صورت نیاز)		TSH	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>
HIV (در صورت نیاز)		تیتر آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)	ایمنی دارد <input type="checkbox"/> ایمنی ندارد <input type="checkbox"/>

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

## بخش ۳: معاینه

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

فشارخون:.....

چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>
دهان و دندان	التهاب لثه <input type="checkbox"/>	جرم دندان <input type="checkbox"/>
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:
پستان ها*	قوام و ظاهر غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>
اندام ها	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: رنگ پریدگی <input type="checkbox"/>
واژن و لگن*	ناهنجاریهای لگنی <input type="checkbox"/>	ضایعات ناحیه تناسلی <input type="checkbox"/>
	وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها <input type="checkbox"/>	کبودی <input type="checkbox"/>
		ترشحات عفونی <input type="checkbox"/>

## بخش ۴: ایمن سازی

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

**بخش ۵: پسخوراند/ مراقبت ویژه**

♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه مورد نیاز که باید بر اساس نتیجه شرح حال و ارزیابی و یا بر اساس 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 <input type="checkbox"/>	بهداشت روان <input type="checkbox"/>	بهداشت جنسی <input type="checkbox"/>	بهداشت دهان و دندان <input type="checkbox"/>	تغذیه / مکملهای دارویی <input type="checkbox"/>	زمان مناسب بارداری شدن و قطع روش پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	---	--

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