

فرم مراقبت بارداری

(ماما/ پزشک)

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: شرح حال

شغل: سن:

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

تاریخ آخرین زایمان: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (اظهار مادر): تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (سونوگرافی):
تاریخ تقریبی زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان کمتر از سه سال	<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر
<input type="checkbox"/>	سن بارداری نامشخص	<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	چندقلویی
<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با قرص/ آمپول	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با IUD	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با TL	<input type="checkbox"/>	شیردهی همزمان با بارداری
<input type="checkbox"/>	ارهاش منفی	<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر
<input type="checkbox"/>	حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده						

سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/>	آتونی (ایترسی)	<input type="checkbox"/>	پره اکلامپسی/ اکلامپسی	<input type="checkbox"/>	جدا شدن زودرس جفت (دکلان)	<input type="checkbox"/>	جفت سرراهی
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس	<input type="checkbox"/>	زایمان سخت
<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	سزارین/ جراحی شکم	<input type="checkbox"/>	سقط مکرر/ دیررس	<input type="checkbox"/>	مول/ حاملگی نابجا
<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار
<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم						

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

<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 خانم/ همسر	<input type="checkbox"/>	فشارخون 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 مادر و یا همسرش

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

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)		آزمایش های معمول (هفته ۲۶ تا ۳۰)	
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"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>
کشت ادرار		محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها (در صورت نیاز):	
BUN و کراتی نین خون	BUN:	کراتی نین خون:	
HBsAg (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 (LMP):	سن بارداری (LMP):	سن بارداری (LMP):
وضعیت جفت:	وضعیت جفت:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	وضعیت مایع آمنیوتیک:
آنومالی جنین:	نکات مهم:		
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):			

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

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 <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 غیرطبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبدو طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
اندام ها	ادم <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: سرخی <input type="checkbox"/>
قد:	وزن:	رنگ پریدگی <input type="checkbox"/>	کبودی <input type="checkbox"/>
		نمایه توده بدنی:	

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

تاریخ / نام و امضاء:

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	
تاریخ مراجعه											علائم خطر نوری
سن بارداری (هفته)											
تشنج											سؤال کنید
اختلال هوشیاری											
شوک											
لکه بینی / خونریزی											
مشکلات ادراری - تناسلی											
آبریزش / پارگی کیسه آب											
درد (شکم، پهلوها، دندان، ساق و ران)											
تهوع و استفراغ											
کاهش / نبود حرکت جنین											
مشکلات پوستی											
اختلالات روانی											
همسرآزاری											
تروما											
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											
وزن											اندازه گیری کنید
فشارخون											
درجه حرارت											
نبض											
تنفس											
ارتفاع رحم											
ضربان قلب جنین											

★ 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	ملاحظات
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		
											زردی رنگ پریدگی شدید/ آئمی	چشم
											بثورات	پوست
											ادم دستها و صورت/ ادم یک طرفه ساق و ران	اندام ها
											پوسیدگی دندان	تغذیه و دندان
											جرم دندان	
											التهاب لثه	
											عفونت دندانی، آبسه	
											همه موارد طبیعی است	نتیجه ارزیابی
											ارایه مراقبت ویژه	در هر ملاقات
											بهداشت فردی / روان / جنسی	آمادگی و توصیه ها
											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 بارداری بعدی	
											مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد	
											توصیه به شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان	
											اسید فولیک	تجویز دارو
											آهن	
											مولتی ویتامین	
											تعیین تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)	
											نام و امضاء معاینه کننده	

بخش ۵: ایمن سازی

تاریخ تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری:	تاریخ تزریق نوبت دوم:	تاریخ تزریق نوبت اول:	در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:	در صورت کامل بودن <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

