

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 (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	بیماری گوارشی	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماری یافت همبند
<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور	<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	<input type="checkbox"/>		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:	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> نکات غیر طبیعی:.....
گروه خونی و ارفاش		کشت ادرار	
HBsAg (در صورت نیاز)		قند خون ناشتا	
VDRL (در صورت نیاز)		TSH	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
HIV (در صورت نیاز)		تیتر آنتی بادی ضد سرخچه (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 می گیرد. مواردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می شود.

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 کبدو طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>
اندام ها	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: رنگ پریدگی <input type="checkbox"/>
واژن و لکن *	ناهنجاریهای لگنی <input type="checkbox"/>	ضایعات ناحیه تناسلی <input type="checkbox"/>
	وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها <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 5: 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 6: 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 باردار 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:.....