

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)

<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/>	سن زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/>	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	<input type="checkbox"/>	سن بالای ۳۵ سال
<input type="checkbox"/>	مشکلات دهان و دندان	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل	<input type="checkbox"/>	نسبت خویشاوندی با همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه یا وجود همسرآزاری
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)

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

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

<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی
<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	آسم	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی
<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور	<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	هپاتیت
<input type="checkbox"/>	اختلال روانی	<input type="checkbox"/>	سرطان پستان در خانم بالای ۲۵ سال یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط خانم				
سایر بیماری ها:							
حساسیت دارویی:				نوع داروهای مصرفی:			

رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش

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

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 ارهاس		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 <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	ویزیونگ <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"/>	
واژن و لگن*	ناهنجاریهای لگنی <input type="checkbox"/>	ضایعات ناحیه تناسلی <input type="checkbox"/>
		ترشحات عفونی <input type="checkbox"/>
		وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها <input type="checkbox"/>

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):.....

