



سامانه زایمان خارج بیمارستانی مادر و نوزاد ۱۳۹۸

شماره دفتر ثبت زایمان:

نحوه مواجهه شما با تولد نوزاد: <input type="radio"/> زایمان در این تسهیلات زایمانی / کلینیک / پایگاه بهداشتی توسط فرد دوره دیده <input type="radio"/> مراجعه به پایگاه بهداشتی بعد از زایمان در منزل / بین راه / آمبولانس	
ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی: سال تولد مادر: شماره ملی مادر: فاقد شماره ملی <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی مادر: تاریخ تولد مادر: نسبت خویشاوندی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد تعداد قل (چند قلو؟):	
محل سکونت مادر: <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> عشایر نشانی محل زندگی: استان: شهرستان: شماره تلفن همراه مادر یا پدر:	
نوع بیمه: میزان تحصیلات مادر: شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر تعداد جلسه:	
محل جلسات آموزشی: <input type="radio"/> مراکز بهداشتی <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> مراکز مشاوره خدمات ماما <input type="radio"/> مطب متخصص زنان/دفتر کار ماما <input type="radio"/> آیا مادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر آیا مادر همراه داشت؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر همراه مادر؟ <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> ماما همراه	
تعداد بارداری (G): تعداد زایمان قبلی (P): تعداد سقط (Ab): تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی):	
مرگ نوزاد قبلی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر سابقه مرده زایی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر تحویل کورتیکواستروئید به منظور تکامل ریه جنین: <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است <input type="radio"/> نامشخص بارداری به روش مصنوعی ART: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
آیا تست HIV در دوران بارداری انجام شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر در صورت پاسخ "خیر" آیا رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر نتیجه تست HIV: <input type="radio"/> مثبت <input type="radio"/> منفی	
عوامل خطر بارداری: <input type="checkbox"/> اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> بیماری اعصاب و روان <input type="checkbox"/> هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بستری <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار قبلی <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع یا گاز قبلی	بیماری مادر: <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> بیماری اتوایمیون <input type="checkbox"/> دیابت پیش از بارداری
عوارض ناشی از بارداری: <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی / اکلامپسی <input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار در بارداری فعلی <input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع در بارداری فعلی	عفونت: <input type="checkbox"/> هیپاتیت B <input type="checkbox"/> VDRL مثبت <input type="checkbox"/> کوریوآمنیونیت <input type="checkbox"/> پیلونفریت
عوامل خطر زایمانی: <input type="checkbox"/> پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت <input type="checkbox"/> دکلمان جفت <input type="checkbox"/> آغشگی به مکنونیوم <input type="checkbox"/> چسبندگی غیرطبیعی جفت <input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/> زایمان زودرس	عوارض زایمان تا دو ساعت پس از زایمان: <input type="checkbox"/> پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="checkbox"/> دیستوشی شانه
مداخله های حین زایمان: <input type="checkbox"/> اپی زیوتومی <input type="checkbox"/> القا یا تقویت درد زایمان	سرانجام مادر تا ۲ ساعت بعد از زایمان: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد
انتقال به اتاق پس از زایمان <input type="radio"/> انتقال مادر به بیمارستان <input type="radio"/> فوت در محل زایمان <input type="radio"/>	
عامل زایمان: <input type="radio"/> ماما <input type="radio"/> پزشک عمومی <input type="radio"/> ماما روستا (بهورز ماما) <input type="radio"/> سایر افراد:	

مشخصات نوزاد

تاریخ تولد نوزاد: ساعت تولد: جنسیت: <input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم مرتبه تولد (قل چندم؟):	
وزن (گرم): دور سر (سانتی متر): قد (سانتی متر): سن بارداری:	
پوزانسیون: <input type="radio"/> سفالیک <input type="radio"/> بریج <input type="radio"/> عرضی <input type="radio"/> صورت سابقه سزارین: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر تعداد سزارین قبلی:	
مکان زایمان: <input type="radio"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> در مسیر انتقال <input type="radio"/> سایر:	
تماس پوست به پوست در ساعت اول: <input type="radio"/> انجام نشد <input type="radio"/> کمتر از یک ساعت تماس <input type="radio"/> یک ساعت یا بیشتر تماس پوست به پوست تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> تهوریه با آمبو بگ <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو لوله گذاری تراشه برای تهوریه: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
نمره آپگار دقیقه اول: نمره آپگار دقیقه ۵:	
ناهنجاری بدو تولد (ارثی): <input type="checkbox"/> سیستم عصبی: <input type="checkbox"/> گوارشی: <input type="checkbox"/> پوست: <input type="checkbox"/> قلبی عروقی: <input type="checkbox"/> ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/> چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/> تنفسی: <input type="checkbox"/> اسکلتی عضلانی: <input type="checkbox"/> اختلالات کروموزومی:	
فرجام نوزادی: <input type="radio"/> نزد مادر <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد <input type="radio"/> انتقال به بیمارستان: رضایت شخصی <input type="checkbox"/>	
مراقبت تسکینی: (عدم انجام احیا نوزاد به دلیل عدم قابلیت حیات) <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	مرگ نوزاد در اتاق زایمان
علت مرگ نوزاد: <input type="radio"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نارسی (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) <input type="radio"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="radio"/> عفونت <input type="radio"/> سایر موارد:	زمان فوت جنین: <input type="radio"/> قبل از مراجعه با زایشگاه <input type="radio"/> در طی زایمان در زایشگاه <input type="radio"/> نامشخص علت مرگ جنین: <input type="radio"/> بیماری جنین <input type="radio"/> اختلال مایع آمنیوتیک <input type="radio"/> اختلال جفت <input type="radio"/> اختلال بند ناف <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نامشخص <input type="radio"/> سایر موارد:

مهر و امضاء عامل زایمان:

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید توسط: