

فرم مراقبت پیش از بارداری

(ماما / پزشک)

نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:	تلفن:	شغل:

بخش ۱: شرح حال

تعداد بارداری:	تعداد زایمان:	تعداد سقط:	تعداد فرزندان زنده:	مرد:
تاریخ آخرین زایمان:	قد:	وزن:	نمایه توده بدنی:	

وضعیت فعلی

سن زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/>
سابقه یا وجود همسر آزاری	<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"/>
کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	مصرف داروهای مسکن و آرام بخش	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل	<input type="checkbox"/>	مصرف مواد افیونی و محرک	<input type="checkbox"/>
اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/>	اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/>
شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	اختلال ژنتیکی در خانم یا همسر یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)	<input type="checkbox"/>				

رفتارهای پرخطر

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

سوابق بارداری و زایمان قبلی

نوزاد ناهنجار یا سقط درمانی به دلیل ناهنجاری	<input type="checkbox"/>	بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)	<input type="checkbox"/>
مرد زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>
		تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>

ابتلا به بیماری / ناهنجاری

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 <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	فشارخون مزمن	<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 روانپزشکی	<input type="checkbox"/>
مالتیپل اسکروزیس	<input type="checkbox"/>	ایدز / HIV+	<input type="checkbox"/>	آمنی فقر آهن	<input type="checkbox"/>	آمنی داسی شکل	<input type="checkbox"/>
ترومبوفیلی / سابقه ترمبوآمبولی	<input type="checkbox"/>	سایر بیماری ها:					
نوع داروهای مصرفی:		حساسیت دارویی:					

غربالگری سلامت روان

عنوان	همیشه / بیشتر اوقات / گاهی اوقات / بندرت / اصلا	امتیاز کل	نمی داند
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟	۴ ۳ ۲ ۱ ۰		

آیا هیچ‌گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
نوع آزمایش های معمول	نتیجه	نوع آزمایش های معمول	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت: MCV MCHC	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>
گروه خونی و ارهاس		کشت ادرار	
FBS		VDRL (در صورت نیاز)	
TSH		HBsAg (در صورت نیاز)	
HIV (در صورت نیاز)	Rapid ELISA	تیترا آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)	ایمنی دارد <input type="checkbox"/> ایمنی ندارد <input type="checkbox"/>

نکات غیر طبیعی در آزمایش ها:

پاپ اسمیر (در صورت نیاز)	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها یا سونوگرافی (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، توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می شود.

فشارخون:.....	نبض:.....	تنفس:.....
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"/>	ترشحات عفونی <input type="checkbox"/>

نتیجه نهایی مراقبت پیش از بارداری (این قسمت بر اساس شرح حال، آزمایش و معاینه توسط پزشک تکمیل شود):

منعی برای بارداری ندارد نیاز به مشاوره تخصصی بیشتر دارد

تاریخ/مهر و امضاء معاینه کننده:

بخش ۴: ایمن سازی

توأم: کامل ناکامل تاریخ تزریق واکسن توأم (در صورت نیاز):.....

تاریخ تزریق واکسن سرخجه در صورت نیاز:.....

بخش ۵: مراقبت ویژه

نام مراقبت کننده	اقدامات انجام شده (بر اساس پسخوراند)	اقدامات انجام شده (بر اساس پروتکل)	علت	تاریخ مراجعه

پسخوراند:

پزشک معالج	اقدامات مورد انتظار سطح ارجاع دهنده	اقدام انجام شده در سطح بالاتر	علت ارجاع	تاریخ مراجعه

بخش ۶: آموزش و توصیه

زمان مناسب باردار شدن و قطع روش <input type="checkbox"/> پیشگیری از بارداری	<input type="checkbox"/> تغذیه / مکملهای دارویی	<input type="checkbox"/> بهداشت دهان و دندان	<input type="checkbox"/> بهداشت جنسی	<input type="checkbox"/> بهداشت روان	<input type="checkbox"/> بهداشت فردی
--	---	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

نام و نام خانوادگی مراقبت کننده:.....

تاریخ مراجعه بعدی(در صورت نیاز):.....