



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

معاونت درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مجتمع / مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

"فرم گزارش فوری سقط جنینی"

نام و نام خانوادگی مادر	کد ملی	سن	وضعیت تاهل	تعداد حاملگی (G)	تعداد زایمان (P)	تعداد سقط (AB)	سن بارداری	زمان مراجعه	وضعیت (سطح تریاژ)	تاریخ مراجعه / بستری	محل انجام سقط (منزل، مطب و ...)	تاریخ ساعت انجام سقط	ذکر آدرس و شماره تماس فرد انجام دهنده سقط با	روش انجام سقط (دارویی / تخلیه ای)	آدرس منزل به همراه ۲ شماره تماس (ثابت و موبایل)
شرح مختصر واقعه / شکایت بیمار:															
امضا و اثر انگشت بیمار و همراه															

لازم به ذکر است گزارش فوق صرفا در موارد سقط های عمدی مراجعه کننده به آن مرکز، "بصورت فوری و کاملا خوانا" تکمیل و به شماره فکس ۳۲۵۵۶۶۵۵ (دفتر معاونت درمان) ارسال و آمار کلی آن در قالب اکسل آماری ماهانه ابلاغی از سوی اداره مامایی این معاونت با مکاتبه کتبی ارسال گردد.