



فرم مراقبت بارداری

شماره پرونده/..... شناسه /کدملی:.....

بخش 1: شرح حال

نام و نام خانوادگی : آدرس / تلفن : تاریخ :
 نتیجه مثبت تشخیص بارداری : گراویندکس (ادرار) ☐ بتاساب یونیت (خون) ☐ سونوگرافی ☐ تاریخ انجام :
 سن : شغل : تحصیلات :
 تعداد بارداری : تعداد زایمان : تعداد سقط : تعداد فرزندان : زنده : مرده :
 تاریخ آخرین زایمان : تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی : نظم قاعدگی : تاریخ تقریبی زایمان :
 قد : وزن : نمایه توده بدنی : آخرین روش پیشگیری از بارداری :

وضعیت بارداری فعلی:

بارداری زیر ۱۸ سال ☐	بارداری بالای ۳۵ سال ☐	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال ☐
بارداری پنجم و بالاتر ☐	بارداری اول ☐	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر ☐
چندقلویی ☐	ارهاش منفی ☐	شغل سخت و سنگین ☐
کشیدن سیگار یا سایر دخانیات ☐	اعتیاد به مواد مخدر ☐	بارداری: خواسته ☐ ناخواسته ☐
شیردهی همزمان با بارداری ☐	آمپول همزمان با بارداری ☐	کاشتنی ها همزمان با بارداری ☐
لایبسترونول همزمان با بارداری ☐	بارداری همزمان با بستن لوله ها ☐	خوبشوندی با همسر ☐
وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐		

سوابق بارداری و زایمان قبلی:

پره اکلامپسی ☐ اکلامپسی ☐	جدا شدن زودرس جفت ☐	جفت سر راهی ☐	چندقلویی ☐
خونریزی پس از زایمان (آتونی) ☐	دیابت بارداری ☐	زایمان دیررس ☐	زایمان زودرس ☐
زایمان سخت ☐	زایمان سریع ☐	سقط مکرر / دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی ☐	
سزارین / جراحی شکم ☐	مرده زایی ☐	مرگ نوزاد ☐	مول ☐
زایمان با دستگاه ☐	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم ☐	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم ☐	نوزاد ناهنجار ☐
پارگی درجه ۳ ☐	پارگی درجه ۴ ☐	ترانسفیوژن خون و فرآورده های خونی ☐	تاخیر در خروج جفت ☐
نمای غیر طبیعی جنین ☐	حاملگی نابجا ☐	عفونت پس از زایمان ☐	کاهش پلاکت ☐

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری یا ناهنجاری:

بیماری قلبی ☐	صرع ☐	دیابت / دیابت در خانواده ☐	فشارخون بالا ☐
بیماری کلیوی ☐	آسم ☐	سل ☐	بیماری تیروئید ☐
نازایی و استفاده از روش های کمک باروری ☐	اختلال انعقادی ☐	اختلال روانی ☐	آنمی ☐
هیپاتیت ☐	سرطان پستان در مادر یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط مادر ☐	ناهنجاری دستگاه تناسلی ☐	تالاسمی مینور مادر ☐ همسر ☐
		لوپوس ☐	MS ☐
نوع داروهای مصرفی:	حساسیت : دارویی ☐ غذایی ☐ شیمیایی ☐		
سایر بیماری ها:			

رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش

سابقه زندان مادر ☐ همسر ☐	سابقه تزریق مکرر خون مادر ☐ همسر ☐	سابقه اعتیاد تزریقی مادر ☐ همسر ☐
سابقه مسافرت مکرر و یا اقامت طولانی مدت در خارج از کشور ☐	سابقه رفتار جنسی پرخطر محافظت نشده مادر ☐ همسر ☐	

بخش ۲: نتایج آزمایش ها، سونوگرافی:

تاریخ درخواست :	تاریخ انجام :	تاریخ درخواست :	تاریخ انجام :
آزمایش های معمول (هفته 6 تا 10)	نتیجه:	آزمایش های معمول هفته (26 تا 30)	نتیجه:
CBC	هموگلوبین: هماتوکریت: پلاکت:	CBC	هموگلوبین: هماتوکریت: پلاکت:
FBS		GCT	
GCT (در مادر در معرض خطر)		GTT (در صورت نیاز)	
آزمایشات انعقادی	PT: PTT: BT: CT: PLT:	آزمایشات انعقادی	PT: PTT: BT: CT: PLT:
کومبس غیرمستقیم (نوبت اول)		کومبس غیرمستقیم (نوبت دوم)	
کامل ادرار	نکات طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐	کامل ادرار	نکات طبیعی ☐ غیرطبیعی ☐
کشت ادرار			
BUN و کراتی نین خون			
گروه خونی و ارهاش			
HBSAg (در صورت نیاز)	BUN کراتی نین خون:		
گروه خون و Rh مادر:			
گروه خون و Rh همسر:			
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)	سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۳۴)
تاریخ درخواست : سن بارداری (LMP) : بارداری (گزارش سونوگرافی): وضعیت جفت: امنیوتیک: وجود ناهنجاری جنینی: نکات مهم:	تاریخ درخواست : سن بارداری (LMP) : سن بارداری (گزارش سونوگرافی): وضعیت مایع آمنیوتیک: وجود ناهنجاری جنینی: نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):
نتایج سونوگرافیهای غربالگری (۱۱-۱۳) در صورت عدم انجام (قبل از ۱۷ هفته)	نتایج سونوگرافیهای غربالگری (۱۱-۱۳) در صورت عدم انجام (قبل از ۱۷ هفته)
نتیجه NT (در صورت نیاز):	نتیجه NT (در صورت نیاز):
نتیجه آمنیوستنز (در صورت نیاز):	نتیجه آمنیوستنز (در صورت نیاز):

بخش ۳: معاینه (موردی که با * مشخص شده در صورت لزوم توسط پزشک انجام میشود)

فشارخون :	درجه حرارت :	نیض :	تنفس:
چشم	زردی اسکلرا ☐	رنگ پریدگی ملتحمه ☐	تند ☐
تیروئید*	قوام غیر طبیعی ☐	اندازه غیر طبیعی ☐	ندول ☐
قلب*	سوفل سیستولیک ☐	سوفل دیاستولیک ☐	آریتمی ☐
ریه*	ویزینگ ☐	رال ☐	
پوست*	بثورات ☐	نوع بثورات ☐	
پستان	قوام غیر طبیعی ☐	ظاهر غیرطبیعی و یا غیر قرینه ☐	خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان ☐
شکم*	بزرگی کبدو طحال ☐	اسکار ☐	توده ☐
اندام ها	ادم ☐	رنگ: سرخی ☐ کبودی ☐	رنگ پریدگی ☐
واژن و لگن	ناهنجاریهای لگنی ☐	ضایعات ناحیه تناسلی ☐	وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها ☐

دانشگاه علوم پزشکی البرز

فرم مذکور در دو سری تکمیل و یک نسخه از آن از ابتدای مراقبت و تشکیل پرونده به مادر تحویل داده شود و در هر مراقبت

تکمیل، و ضرورت همراه داشتن آن، به مادر تاکید گردد.

بخش ۴: ایمن سازی

واکسن توام: کامل ☐ ناکامل ☐ در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:
تاریخ تزریق واکسن (در صورت نیاز): تاریخ تزریق رگام از هفته 28 و ۷۲ ساعت اول پس از زایمان یا ختم بارداری:

بخش ۵: آموزش و توصیه

بهداشت فردی	بهداشت روان	بهداشت جنسی	بهداشت دهان و دندان	واکسیناسیون	تغذیه با شیر مادر	پس از زایمان
-------------	-------------	-------------	---------------------	-------------	-------------------	--------------

بخش ۶: کنترل دوره ای

[illegible]

بخش ۷: مشاوره های حین بارداری

نوع مشاوره	تاریخ مشاوره	علت مشاوره	نتیجه مشاوره	فرد مشاوره دهنده
مشاوره داخلی				
مشاوره متخصص قلب و عروق				
مشاوره روانپزشکی (در صورت اعتیاد به مواد مخدر)				
سایر مشاوره ها				

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایشها یا سونوگرافی

.....تاریخ و امضاء:

بخش ۸: کلاس های آمادگی برای زایمان

جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم	جلسه چهارم	جلسه پنجم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم
							تاریخ

تمایل به همراهی از مامای همراه: بلی خیر

فرم مذکور در دو سری تکمیل و یک نسخه از آن از ابتدای مراقبت و تشکیل پرونده به مادر تحویل داده شود و در هر مراقبت

تکمیل، و ضرورت همراه داشتن آن، به مادر تاکید گردد.