**High risk pregnancy**

**رياست محترم مركز بهداشت .................**

**با سلام و احترام**

**بدينوسيله خانم ..................................................... با شرايط ذيل تحت پوشش جمعيت آن مركز جهت ادامه مراقبتهاو پيگيري علائم خطر از بيمارستان ................................ معرفي مي گردد. خواهشمنداست در صورت بروز علائم خطر ضمن ارجاع سريع مادر پرخطر ، با رابط مادران پرخطر بيمارستان سركار خانم ......................................... با شماره تلفن .................................... تماس حاصل گردد.(تاریخ ارسال فرم به بهداشت: .............................. )**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي مادر :** | Dch Lch G P Ab  |
| **كدملي مادر :** | **شماره تماس مادر:**  |
| **سن مادر :**  | **شماره تماس همسر:**  |
| **سن حاملگي:**  | **شماره منزل:** |
| **تاريخ زايمان(درصورت ختم حاملگي):** | **تاريخ پذيرش:**  |
| **نام همسر :**  | **تاريخ ترخيص:** |
| * **موارد خطر :**
 |
| **آدرس دقیق محل سكونت:** |
| **سابقه پزشكي مادر:** |
| **علت مراجعه مادر به بيمارستان: (c.c)**  |
| **محل انجام مراقبتهاي بارداري : مركز بهداشتي درماني/ پايگاه بهداشتي ماماي بخش خصوصي پزشك بخش خصوصي متخصص** |
| **درمانهاي انجام شده در بيمارستان:** |
| **توصيه ها و درمانهاي مورد نظر پس از ترخيص:** |
| **الف) تجويز دارويي:** |
| **ب) زمان ويزيت مجدددر بيمارستان:** |
| **ج) نام پزشك معالج :** |
| **تاريخ و ساعت تكميل فرم :**  |
| **امضاي مادر يا همراه : نام ونام خانوادگي ارجاع دهنده و تكميل كننده فرم:** |