**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:** | |