



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
معاونت درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی/ بیمارستان
اطلاعات مربوط به سقط های عمدی (غیر قانونی)

نام و نام خانوادگی بیمار:	تاریخ بستری بیمار:	بخش بستری:	شماره پرونده:
کد ملی بیمار :	علت و انگیزه سقط:		
سن مادر :	وضعیت تاهل:	نام و نام خانوادگی همسر:	
سابقه بارداری: G P Ab	شماره تماس بیمار:		
سن بارداری:	شماره تماس همسر بیمار:		
تاریخ و ساعت انجام سقط:	محل انجام سقط:	محل و نحوه تهیه دارو:	
روش انجام سقط: (دارویی، تخلیه)	فرد انجام دهنده سقط:		
وضعیت بیمار در زمان بستری: (علائم حیاتی)			
آدرس مددجو:			
در تاریخ.....ساعت.....گزارش و صورتجلسه سقط غیر قانونی به شرح ذیل به حضور ارسال می گردد:			
اینجانب (نام مددجو)..... کلیه مندرجات فوق را تایید می نمایم .			
امضا و اثر انگشت بیمار :	امضا و اثر انگشت همراه بیمار:	نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم:	