

sukazm

ثبت زایمان خارج بیمارستان ۱۴۰۱-۱۴۰۳

شماره پرونده مادر:

بدون خط تیره یا حرفی وارد نمایید

<input type="radio"/> مراجعه به پایگاه بهداشتی بعد از زایمان در منزل / بین راه / آمبولانس		<input checked="" type="radio"/> زایمان در این تسهیلات زایمانی / مطب/ پایگاه بهداشتی توسط فرد دوره دیده		نحوه مواجهه شما با تولد نوزاد:	
روستایی	شهری	قطب کلان منطقه	نام شهرستان	نام دانشگاه	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	کازرون	کازرون	شیراز	<input type="text"/>

ثبت قل بعدی

میت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی	کدملی مادر:	تاریخ تولد مادر:	۱۳۶۵/۰۸/۲۶
<input type="checkbox"/> فاقد کدملی	سال تولد مادر:		
	مثال: ۱۳۶۵:		

نام خانوادگی	نسبت خویشاوندی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	تعداد قل (چند قلو):
محل سکونت مادر:	استان محل زندگی	شهرستان محل زندگی:
شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> عشایر <input type="radio"/>	شماره تلفن همراه مادر یا پدر:	
نوع بیمه مادر:	میزان تحصیلات مادر:	شرکت در کلاس های آمادگی برای <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
<input type="checkbox"/> یک گزینه انتخاب نمایید	<input type="checkbox"/> یک گزینه انتخاب نمایید	تعداد جلسه:
مراکز بهداشتی <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> مراکز مشاوره خدمات مامایی <input type="radio"/> مطب متخصص زنان/دفتر کار مامایی <input type="radio"/>	محل جلسات آموزشی:	
آیا مادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است؟	آیا مادر همراه داشت؟	همراه مادر؟ <input type="checkbox"/> بستگان همجنس <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> ماما همراه <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
تعداد بارداری (G):	تعداد زایمان قبلی (P):	تعداد سقط (Ab):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعداد فرزند زنده (از حاملگی قبلی):		
مرگ نوزاد قبلی:	سابقه مرده زایی:	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر
تجویز کورتیکواستروئید:	کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است <input type="radio"/> نامشخص <input type="radio"/>	
آیا تست HIV در دوران بارداری انجام شده است؟	آیا ریپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است؟	نتیجه تست HIV:
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> مثبت <input type="radio"/> منفی
موارد نیازمند مراقبت ویژه حین بارداری	بیماری مادر:	سوء مصرف مواد:
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> فشارخون قلبی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> اختلالات تیروئید <input type="checkbox"/>	اعتیاد مادر به مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان <input type="checkbox"/>
موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان:	عفونت:	بیماری ناشی از بارداری:
<input type="checkbox"/> پارگی زودرس کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت <input type="checkbox"/> دکلمان جفت <input type="checkbox"/> آغستگی به مکنونیوم <input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/>	هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بارداری <input type="checkbox"/> هموگلوبین ۷ تا ۱۰ <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>
عوارض زایمان:	عقونیت:	بیماری ناشی از بارداری:
<input type="checkbox"/> پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="checkbox"/> دیستوشی شانه <input type="checkbox"/>	هیاتیت B <input type="checkbox"/> مثبت HIV <input type="checkbox"/> کوریوآمونونیت <input type="checkbox"/> پیلونفریت <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>
مداخله های حین زایمان:	عقونیت:	بیماری ناشی از بارداری:
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	ایبی زیوتومی <input type="checkbox"/> القا دردهای زایمان <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>
پیامد برای مادر تا ۲ ساعت بعد زایمان:	انتقال مادر به بیمارستان <input type="radio"/> فوت در محل زایمان <input type="radio"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		دیابت بارداری <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>
عامل زایمان:	پزشک عمومی <input type="checkbox"/>	تکنسین اورژانس <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/>		فرد دوره ندیده <input type="checkbox"/>

مشخصات نوزاد

تاریخ تولد نوزاد:	ساعت تولد:	جنسیت:	مرتبه تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مؤنث <input type="radio"/> مبهم	<input type="text"/>
مثال: ۱۱:۰۲			با دقت وارد کنید

وزن (گرم): <input type="text"/>		دور سر (سانتی متر): <input type="text"/>		اعشار را با نقطه وارد کنید		قد (سانتی متر): <input type="text"/>		سن بارداری: <input type="text"/>		با دقت وارد کنید	
پرزاتناسیون: <input type="radio"/> سفالیک <input type="radio"/> بریج <input type="radio"/> عرضی <input type="radio"/> صورت		سابقه سزارین		<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		تعداد سزارین قبلی: <input type="text"/>					
مکان زایمان: <input type="radio"/> واحد تسهیلات <input type="radio"/> زایمانی <input type="text"/>		منزل <input type="radio"/>		آمیولانس <input type="radio"/>		کلینیک <input type="radio"/>		دربین راه <input type="radio"/>			
پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> تهویه با آمبویگ <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو <input type="radio"/> لوله گذاری تراشه برای تهویه: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		تماس پوست به پوست <input type="radio"/> انجام نشد <input type="radio"/> کمتر از یک ساعت تماس <input type="radio"/> یک ساعت یا بیشتر تماس پوست به پوست <input type="radio"/> تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		در ساعات اول:							
نمره آپگار دقیقه اول: <input type="text"/>		نمره آپگار دقیقه ۵: <input type="text"/>									
فرجام نوزاد: <input type="radio"/> نزد مادر <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد <input type="radio"/> انتقال به بیمارستان دیگر <input type="radio"/> رضایت شخصی											
ناهنجاری بدو تولد(ارثی): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر											