

اطلاعات مادری

شماره پرونده	نام	نام خانوادگی	ملیت	شماره ملی	تاریخ تولد	نسبت خویشاوندی	محل سکونت
			ایرانی <input type="radio"/> غیرایرانی <input type="radio"/>		۱۳ / /	دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/>
نوع بیمه	خدمات درمانی غیرروستایی <input type="radio"/>		نیروهای مسلح <input type="radio"/>		سایر بیمه ها <input type="radio"/>		
تأمین اجتماعی	خدمات درمانی روستایی <input type="radio"/>		کمپته امداد امام خمینی <input type="radio"/>		ندارد <input type="radio"/>		
تحصیلات	ابتدایی/نهضت سوادآموزی <input type="radio"/>		دیپلم/متوسطه ۲ <input type="radio"/>		دکترای تخصصی/ فوق دکترای <input type="radio"/>		
بی سواد	راهنمایی/متوسطه ۱ <input type="radio"/>		فوق دیپلم تا فوق لیسانس <input type="radio"/>		سایر <input type="radio"/>		
عوامل خطر مادری							
فشار خون مزمن <input type="checkbox"/>		پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/>		دیابت <input type="checkbox"/>		HIV+ <input type="checkbox"/>	
بیماری تیروئید <input type="checkbox"/>		بیماری قلبی <input type="checkbox"/>		آئمی <input type="checkbox"/>		VDRL+ <input type="checkbox"/>	
عوارض وجود ندارد <input type="checkbox"/>		پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="checkbox"/>		دریافت خون و فرآورده های آن <input type="checkbox"/>		سایر <input type="checkbox"/>	
مداخله های حین زایمان							
مداخله ای نشده <input type="checkbox"/>		اپی زیوتومی <input type="checkbox"/>		القای زایمان <input type="checkbox"/>		تقویت دردهای زایمان <input type="checkbox"/>	
زایمان با فورسپس/ وکیوم <input type="checkbox"/>							
سرانجام مادر تا دو ساعت پس از زایمان							
انتقال به بخش پس از زایمان <input type="radio"/>		انتقال به اتاق عمل <input type="radio"/>		انتقال به بخش مراقبت های ویژه <input type="radio"/>		فوت در محل زایمان <input type="radio"/>	
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول زایمان				نام و نام خانوادگی عامل زایمان			
شماره نظام پزشکی				شماره نظام پزشکی/ ماما			

نام پدر نوزاد	نام خانوادگی پدر نوزاد

اطلاعات نوزادی

تاریخ تولد نوزاد	ساعت تولد نوزاد	جنس	مرتب تولد	وزن (گرم)	قد (سانتیمتر)	دور سر (سانتیمتر)
۱۳۹۳ / /		پسر <input type="radio"/> دختر <input type="radio"/> مهیم <input type="radio"/>				
نوع زایمان	علت سزارین	سابقه سزارین قبلی <input type="radio"/>				
واژینال <input type="radio"/> سزارین <input type="radio"/>	مشکلات جفت و بندناف <input type="radio"/>	عدم تناسب سر با لگن <input type="radio"/>				
		فشارخون بالای مادر <input type="radio"/>				
		درخواست مادر <input type="radio"/>				
		سایر علت های تعریف نشده <input type="radio"/>				
عامل زایمان		محل زایمان				
متخصص زنان و زایمان <input type="radio"/>		ماما <input type="radio"/>		بیمارستان <input type="radio"/>		
ماما روستا/ بهورز/ ماما <input type="radio"/>		مامای محلی <input type="radio"/>		در راه انتقال <input type="radio"/>		
سایر <input type="radio"/>		سایر <input type="radio"/>		منزل <input type="radio"/>		
پیشرفت عملیات احیا		گام های نخستین احیا <input type="radio"/>				
نیاز به احیا نداشته است <input type="radio"/>		فشاردن قفسه سینه <input type="radio"/>				
		تجویز دارو <input type="radio"/>				
		CPAP/ تهویه با فشار مثبت <input type="radio"/>				
ناهنجاری بدو		نقص لوله عصبی <input type="checkbox"/>				
		سایر ناهنجاری های دستگاه عصبی <input type="checkbox"/>				
		سندرم داون/ تریزومی (۲۱) <input type="checkbox"/>				
		سایر ناهنجاری های کروموزومی <input type="checkbox"/>				
		شکاف کام/ شکاف لب <input type="checkbox"/>				
		دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>				
		دستگاه تناسلی و ادراری و کلیه <input type="checkbox"/>				
		دست ها و پاها <input type="checkbox"/>				
		قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>				
		عضلانی و اسکلتی <input type="checkbox"/>				
		سایر ناهنجاری های تعریف نشده <input type="checkbox"/>				
		گوشی <input type="checkbox"/>				
		گوش و چشم <input type="checkbox"/>				
		گردن و صورت <input type="checkbox"/>				
سرانجام نوزاد پس از زایمان		انتقال به بخش هم اتاقی مادر <input type="radio"/>				
		بخش بستری نوزاد <input type="radio"/>				
		بخش مراقبت ویژه نوزادان <input type="radio"/>				
		مرده زایی <input type="radio"/>				
		فوت نوزاد <input type="radio"/>				

برای موارد مرده زایی یا نوزادان فوت شده در اتاق زایمان/ اتاق عمل

این نوزاد فوت شده در تاریخ	در ساعت	در ساعت	زمان فوت	پیش از زایمان <input type="radio"/>	در حین زایمان <input type="radio"/>	مشخص نمی باشد <input type="radio"/>
بیماری هایی که هنگام فوت همراه جنین/ نوزاد بوده یا سبب فوت وی شده اند						
آسفیکسی <input type="checkbox"/>		هیدروپس فتالیس <input type="checkbox"/>		سندرم دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/>		
تشنج <input type="checkbox"/>		خونریزی ریوی <input type="checkbox"/>		سندرم آسپیراسیون مکنونیوم <input type="checkbox"/>		
سندرم های نشت هوا <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		سایر <input type="checkbox"/>		