

سامانه مادر و نوزاد ۹۶

شماره پرونده مادر:

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| نام و نام خانوادگی مادر: | ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی: | شماره ملی مادر: | <input type="checkbox"/> فاقد شماره ملی |
| تاریخ تولد مادر: | نسبت خویشاوندی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد | تعداد قل: | |
| محل سکونت دائم مادر: <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> روستا | نوع بیمه: | میزان تحصیلات: | |
| نشانی محل زندگی: استان: | شهرستان: | شماره تلفن همراه مادر یا پدر: | |
| تعداد بارداری (G): | تعداد زایمان قبلی (P): | تعداد سقط (Ab): | تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی): |
| تجویز کورتیکواستروئید: <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است <input type="radio"/> نامشخص | | | |
| عوامل خطر بارداری: <input type="checkbox"/> عامل خطر ندارد <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> بارداری به روش مصنوعی، IVF و میکرواینجکشن <input type="checkbox"/> هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بستری <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> دیابت غیر بارداری <input type="checkbox"/> VDR+ <input type="checkbox"/> سیگار و دخانیات توسط مادر در بارداری اخیر <input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر یا دارو <input type="checkbox"/> هیپاتیت B <input type="checkbox"/> بیماری اتوایمیون <input type="checkbox"/> کوریوآمنیونیت <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> مرگ نوزاد قبلی <input type="checkbox"/> سابقه مرده زایی <input type="checkbox"/> سایر بیماری های زمینه ای مادر | | | |
| عوامل خطر زایمانی: <input type="checkbox"/> عامل خطر ندارد <input type="checkbox"/> پارگی زودرس کیسه آب به مدت ۱۸ ساعت <input type="checkbox"/> دکلمان جفت <input type="checkbox"/> آغشتگی به مکنونیوم <input type="checkbox"/> چسبندگی غیرطبیعی جفت <input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/> سایر موارد | | | |
| عوارض زایمان: <input type="checkbox"/> عوارضی وجود ندارد <input type="checkbox"/> پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="checkbox"/> دریافت خون و فرآورده های آن به هر میزان <input type="checkbox"/> سایر | | | |
| مداخله های حین زایمان: <input type="checkbox"/> مداخله ای نشده <input type="checkbox"/> اپی زیوتومی <input type="checkbox"/> القای زایمان <input type="checkbox"/> تقویت دردهای زایمان <input type="checkbox"/> استفاده از فورسیس یا واکيوم <input type="checkbox"/> بی حسی اپیدورال/اسپینال | | | |
| سرانجام مادر تا ۲ ساعت بعد از زایمان: <input type="radio"/> انتقال به بخش پس از زایمان <input type="radio"/> انتقال به اتاق عمل <input type="radio"/> انتقال به بخش مراقبت ویژه <input type="radio"/> فوت در محل زایمان | | | |
| نام و نام خانوادگی پزشک مسئول زایمان: | شماره نظام پزشکی مسئول زایمان: | | |
| نام و نام خانوادگی عامل زایمان: | شماره نظام پزشکی/مامایی عامل زایمان: | | |

مشخصات پدر نوزاد

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------------|---|
| نام و نام خانوادگی پدر: | ملیت پدر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی: | شماره ملی پدر: | <input type="checkbox"/> فاقد شماره ملی |
|-------------------------------|--|----------------------|---|

مشخصات نوزاد

| | | | |
|--|--|---|--|
| تاریخ تولد نوزاد: | ساعت تولد: | جنسیت: <input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم | مرتبۀ تولد (چندمین قل؟): |
| وزن (گرم): | دور سر (سانتی متر): | قد (سانتی متر): | سن بارداری: |
| نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> وی بک <input type="radio"/> سزارین | | | |
| علت سزارین: <input type="radio"/> سزارین قلبی و یا اسکار رحمی <input type="radio"/> زجر جنینی <input type="radio"/> پوزاناسیون غیر طبیعی <input type="radio"/> مشکلات جفت و بند ناف <input type="radio"/> به درخواست مادر <input type="radio"/> لیبر غیر طبیعی (دیستوشی) <input type="radio"/> سایر علل تعریف نشده | | | |
| عامل زایمان: <input type="radio"/> متخصص زنان <input type="radio"/> ماما <input type="radio"/> پزشک عمومی <input type="radio"/> ماما روستا/پهورز ماما <input type="radio"/> ماما محلی <input type="radio"/> سایر | | | |
| مکان زایمان: <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> در مسیر انتقال <input type="radio"/> سایر | | | |
| پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> PPV یا CPAP <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 | | | |
| نمره آپگار دقیقه اول: | نمره آپگار دقیقه پنجم: | | |
| سیستم عصبی: <input type="checkbox"/> اسکلتی عضلانی: | قلبی عروقی: <input type="checkbox"/> پوست: | تنفسی: <input type="checkbox"/> چشم، گوش سر و گردن: | اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/> سایر موارد: |
| ناهنجاری بدو تولد: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر | گوارشی: <input type="checkbox"/> ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/> | | |
| فرجام نوزادی: <input type="radio"/> انتقال به بخش هم اتاقی مادر <input type="radio"/> انتقال به بخش بستری نوزاد <input type="radio"/> انتقال NICU <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد | | | |
| تاریخ: | ساعت: | مرگ نوزاد در اتاق زایمان | مرگ داخل رحمی |
| علت مرگ: <input type="radio"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نارسی (GA<26w) <input type="radio"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="radio"/> عفونت <input type="radio"/> سایر موارد: | مراقبت تسکینی: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر | زمان فوت: <input type="radio"/> قبل از زایمان <input type="radio"/> در طی زایمان <input type="radio"/> نامشخص | علت مرگ: <input type="radio"/> بیماری جنین <input type="radio"/> اختلال مایع آمنیوتیک <input type="radio"/> اختلال جفت <input type="radio"/> اختلال بند ناف <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نامشخص <input type="radio"/> سایر موارد: |

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید مهر و امضاء ماما:

مهر و امضاء پزشک معالج: