



سامانه مادر و نوزاد ۱۳۹۷

ثبت اطلاعات زایمان تا 2 ساعت بعد از تولد و در اتاق زایمان

شماره پرونده مادر:

ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی:		سال تولد مادر:		شماره ملی مادر:		<input type="checkbox"/> فاقد شماره ملی	
نام و نام خانوادگی مادر:		تاریخ تولد مادر:		نسبت خویشاوندی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد		تعداد قل (چند قلو؟):	
محل سکونت دائم مادر: <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/> عشایر		نشانی محل زندگی: استان:		شهرستان:		شماره تلفن همراه مادر یا پدر:	
نوع بیمه:		میزان تحصیلات مادر:		حداقل 5 جلسه شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
تعداد بارداری (G):		تعداد زایمان قبلی (P):		تعداد سقط (Ab):		تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی):	
مرگ نوزاد قبلی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		سابقه مرده زایی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
تجویز کورتیکواستروئید: <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است <input type="radio"/> نامشخص		بارداری به روش مصنوعی، IVF و میکرواینجکشن: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر					
بیماری مادر:		عفونت:		بیماری ناشی از بارداری:		سوء مصرف مواد:	
<input type="checkbox"/> فشارخون مزمن		<input type="checkbox"/> هیپاتیت B		<input type="checkbox"/> دیابت بارداری		<input type="checkbox"/> سیگار و دخانیات در بارداری اخیر	
<input type="checkbox"/> بیماری قلبی		<input type="checkbox"/> VDRL+		<input type="checkbox"/> پره اکلامپسی / اکلامپسی		<input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر	
<input type="checkbox"/> بیماری اتوایمیون		<input type="checkbox"/> HIV+ /ایدز		<input type="checkbox"/> هموگلوبین کمتر از 7 در زمان بستری		<input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به روانگردان	
<input type="checkbox"/> دیابت پیش از بارداری		<input type="checkbox"/> کوریوآمنیونیت				<input type="checkbox"/> مشروبات الکلی در دوران بارداری	
<input type="checkbox"/> هیپوتیروییدی		<input type="checkbox"/> عفونت ادراری					
<input type="checkbox"/> بیماری اعصاب و روان							
عوامل خطر زایمانی:		<input type="checkbox"/> پارگی کیسه آب بیشتر از 18 ساعت		<input type="checkbox"/> دکلمان جفت		<input type="checkbox"/> در یافت خون و فرآورده های آن به هر میزان	
<input type="checkbox"/> چسبندگی غیرطبیعی جفت		<input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل		<input type="checkbox"/> زایمان زودرس		<input type="checkbox"/> پارگی درجه 3 و 4 <input type="checkbox"/> دیستوشی شانه	
مداخله های حین زایمان:		<input type="checkbox"/> اپی زیوتومی		<input type="checkbox"/> القا یا تقویت درد زایمان		<input type="checkbox"/> توقف انقباضات رحمی	
<input type="checkbox"/> استفاده از فورسیس یا واکيوم		<input type="checkbox"/> تجویز متیزم سولفات		سرانجام مادر تا 2 ساعت بعد از زایمان:		<input type="checkbox"/> انتقال به بخش مراقبت ویژه <input type="checkbox"/> فوت در محل زایمان	
شماره نظام پزشکی مسئول زایمان:							
شماره نظام پزشکی / ماما یا عامل زایمان:							

مشخصات نوزاد

تاریخ تولد نوزاد:		ساعت تولد:		جنسیت: <input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم		مرتب تولد (قل چندم؟):	
وزن (گرم):		دور سر (سانتی متر):		قد (سانتی متر):		سن بارداری:	
نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین		زایمان واژینال بعد از سزارین (وی بک): <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		پرزانتاسیون: <input type="radio"/> سفالیک <input type="radio"/> بریج <input type="radio"/> عرضی			
سابقه سزارین: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		استفاده از روش های کاهش درد زایمان: <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> غیر دارویی <input type="radio"/> اپیدورال <input type="radio"/> اسپینال <input type="radio"/> اتونوکس					
علت سزارین:		<input type="radio"/> سزارین قبلی و یا اسکار رحمی <input type="radio"/> زجر جنینی <input type="radio"/> پرزانتاسیون غیر طبیعی		<input type="radio"/> مشکلات جفت و بند ناف		تماس پوست به پوست در ساعت اول:	
<input type="radio"/> به درخواست مادر		<input type="radio"/> لیبر غیر طبیعی (دیستوشی)		<input type="radio"/> سایر علل تعریف نشده		<input type="radio"/> انجام نشد <input type="radio"/> کمتر از یک ساعت تماس	
عامل زایمان:		<input type="radio"/> متخصص زنان <input type="radio"/> رزیدنت زنان <input type="radio"/> ماما		<input type="radio"/> پزشک عمومی <input type="radio"/> ماما روستا/بهورز ماما <input type="radio"/> ماما محلی		<input type="radio"/> یک ساعت یا بیشتر تماس پوست به پوست	
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		تقدیه زیر سینه مادر در ساعت نخست: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
پیشرفت عملیات احیا:		<input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> PPV <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو		نوله گذاری تراشه برای تهویه: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
حضور پزشک برای احیا نوزاد در اتاق زایمان: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		<input type="radio"/> فوق تخصص نوزادان <input type="radio"/> دستیار فوق تخصصی نوزادان <input type="radio"/> متخصص اطفال <input type="radio"/> دستیار تخصصی اطفال <input type="radio"/> پزشک بیهوشی					
نمره آپگار دقیقه اول:		نمره آپگار دقیقه 5:		نمره آپگار دقیقه 10:		نمره آپگار دقیقه 20:	
ناهنجاری بدو تولد (ارثی):		<input type="checkbox"/> سیستم عصبی:		<input type="checkbox"/> گوارشی:		<input type="checkbox"/> پوست:	
<input type="radio"/> قلبی عروقی:		<input type="checkbox"/> ادراری تناسلی:		<input type="checkbox"/> چشم، گوش سر و گردن:		<input type="checkbox"/> اختلالات کروموزومی:	
<input type="radio"/> تنفسی:		<input type="checkbox"/> اسکلتی عضلانی:					
فرجام نوزادی: <input type="radio"/> انتقال به نزد مادر <input type="radio"/> بستری در همان بیمارستان <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد <input type="radio"/> انتقال به بیمارستان دیگر:							
صدمات زایمانی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		<input type="checkbox"/> شکستگی ترقوه <input type="checkbox"/> فلج ارب دوشن <input type="checkbox"/> فلج کلامپکه <input type="checkbox"/> خونریزی مغزی <input type="checkbox"/> سفال هماتوم <input type="checkbox"/> خونریزی ساب گائنال					
آب ABG بند ناف گرفته شد؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		لطفا مقادیر آن را ثبت کنید: PCO2:		Base Excess (BE):		PH:	
مراقبت تسکینی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		مرگ نوزاد در اتاق زایمان		مرگ داخل رحمی			
<input type="checkbox"/> علت مرگ: <input type="radio"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نارس (سن بارداری کمتر از 26 هفته)		<input type="checkbox"/> عفونت <input type="radio"/> سایر موارد:		<input type="checkbox"/> زمان فوت: <input type="radio"/> قبل از مراجعه با زایشگاه <input type="radio"/> در طی زایمان <input type="radio"/> در زایشگاه <input type="radio"/> نامشخص		<input type="checkbox"/> 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 رسیده توسط:

مهر و امضاء عامل زایمان: