فرم ثبت « اطلاعات مراجعین و یا بستری افراد به دلیل بروز عوارض به دنبال سقط های بدون مجوز پزشکی قانونی »

|  |  |
| --- | --- |
| نام بیمارستان  |  |
| شماره پرونده بیمار |  |
| نام بیمار |  |
| نام پدر |  |
| کد ملی  |  |
| همسر :  | **□ دارد** **□ ندارد**  |
| تاریخ مراجعه بیمار |  |
| تاریخچه مامایی | **سن بارداری هنگام سقط ................... (هفته)****تعداد بارداری ...........................****تعداد فرزند ...........................** **فاصله بارداری فعلی با زایمان قبلی ...........................** |
| وضعیت بیمار هنگام پذیرش | **علائم حیاتی: =BP، =PR، =T، =RR** **□ خونریزی ( □ شدید، □ متوسط یا خفیف)****□ دفع جنین****□ سایر: ...............................** |
| وجود شرایط خاص در مادر  | **□ اعتیاد****□ مشکل روانپزشکی****□ طلاق****□ نداشتن همسر****□ سایر: .(با ذکر علت) : .......................** |
| علت تمایل به سقط غیر قانونی | **□ بارداری در زمان عقد دائم یا موقت****□ نامشخص بودن ازدواج ( □ نداشتن همسر، □ تجاوز)****□ مشکلات مالی****□ احتمال ناهنجاری جنین** **□ سایر (با ذکر علت) : .......................**  |
| روش انجام سقط | **□ سقط خودبخود** **□ استفاده از دارو** **نام داروی استفاده شده: .......................** **□ استفاده از ابزار**  |
| اطلاعات توصیه کننده یا انجام دهنده سقط | **دارو توسط چه کسی تجویز یا به مادر تحویل داده شده : .......................** **استفاده از ابزار توسط چه کسی انجام شده :**  **.......................**  **نام یا آدرس توصیه کننده یا انجام دهنده سقط:** **.......................** |
| نام پزشک یا کارشناس مامایی معالج قبل از مراجعه به بیمارستان |  |
| آدرس محل سکونت بیمار |  |
| شماره تماس بیمار |  |