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 |  |