

# کارت مراقبت پیش از بارداری



## شماره کارت:

نام پزشک / ماما: .....

آدرس و تلفن مطب: .....

مادر عزیز: لطفا در صورت بارداری، این کارت را هنگام مراجعه به مطب پزشک، ماما، بیمارستان و یا هر واحد بهداشتی درمانی همراه داشته باشید.

# Preconceptional Care

## Social History:

نام و نام خانوادگی: سال تولد: تحصیلات: کد ملی:  
نام و نام خانوادگی همسر: سال تولد: تحصیلات: کد ملی:  
آدرس و شماره تلفن:

## OB and Gyn.History:

G: P: Ab: L: D: (Detail Death:.....) EP ☐ Molar Pregnancy: ☐  
LMP: Hight: Weight: BMI:  
Contraceptive Method: ..... VTE Score: ☐ Previous delivery type: .....

## Present Status:

Age below 18 <input type="checkbox"/>	Pregnancy distance to delivery less than 2 years <input type="checkbox"/>	Taking sedative medications <input type="checkbox"/> If yes in the last 3 months <input type="checkbox"/>	Smoking <input type="checkbox"/> If yes in the last 3 months <input type="checkbox"/>
Aged over 35 <input type="checkbox"/>	Malnutrition/abnormal BMI <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/> If yes in the last 3 months <input type="checkbox"/>	Spouse abuse history <input type="checkbox"/>
pregnancy fifth or higher <input type="checkbox"/>	Oral problems <input type="checkbox"/>	Opiates and stimulants <input type="checkbox"/> If yes in the last 3 months <input type="checkbox"/>	Genetic disorder or abnormalities Grade 1 relatives <input type="checkbox"/>
Allergy History <input type="checkbox"/>	Blood transfusion <input type="checkbox"/>	Drug History <input type="checkbox"/> .....	

## Pregnancy and Delivery History:

<input type="checkbox"/> Preterm Labor	<input type="checkbox"/> PIH
<input type="checkbox"/> PROM	<input type="checkbox"/> PPH
<input type="checkbox"/> Post term labor	<input type="checkbox"/> PostPartum Infection
<input type="checkbox"/> Abruption	<input type="checkbox"/> Fetus Anomaly
<input type="checkbox"/> Previa	<input type="checkbox"/> LBW
<input type="checkbox"/> Twin Pregnancy	<input type="checkbox"/> Macrosomia
<input type="checkbox"/> IUGR	<input type="checkbox"/> Dystocia
<input type="checkbox"/> IUFD	

## Medical- Surgical and Familial History:

Disease	Heart Disease	Hypertension	Diabetes	Thyroid Disease	Respiratory Disease	Gastrointestinal Disease	SLE Disease	Neurological Disease	Minor Thalassemia	Anemia	Nephrotic Disease	Psychological Disease	Transfusion History	Infertility	Other
Yes/NO															
Details															

## Surgical History:

Type Of Surgery:

Date:

Details:

## Immunization History:

TD ☐

Hepatitis B ☐

Rhogam ☐

Rubella ☐

others ☐

## Vital signs:

Bp:

P.R:

R.R:

## physical Examination:

Breast	Heart	Lungs	Skin	Eyes	Thyroid	Abdomen	Limbs	Vaginal & Pelvis	Other

## Laboratory Test:

Date	CBC					BG RH	FBS	GCT/ GTT	BUN	Cr	HIV	HBs Ag	VDRL PRP	Indirect Coombs	U/A	U/C
	Hb	Hct	PLT	MCV	MCH											

## Pap smear:

Date:

Result:

## Reports of Ultrasound:

Date:

Result:

## Education:

## Prescription order:

## Risk Factors:

High Risk ☐

At Risk ☐

Details:

## Final result:

No problem ☐

Need to more specialized Consultation ☐

## Date:

## Sign