

راهنمای تکمیل فرم زایمان سامانه ایمان

سال ۱۳۹۹

اداره سلامت نوزادان

اداره سلامت مادران

دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت

انجمن علمی پزشکان نوزادان کشور

انجمن پریناتولوژی



در ابتدا پس از ورود کاربر به صفحه فرم ثبت اطلاعات، نام دانشگاه، نام شهرستان و نام بیمارستان به طور خودکار ثبت می شود. همچنین نوع بیمارستان اعم از مرکز آموزشی درمانی؛ دولتی غیر آموزشی؛ وابسته به ارگان ها و نهادها؛ بیمارستان خصوصی؛ خیریه؛ تأمین اجتماعی؛ آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی مشخص می شود. صحت اطلاعات باید کنترل شود.

اطلاعات مادری

۱. شماره پرونده مادر:

۲. شماره پرونده مادر را بدون خط فاصله و فقط به صورت شماره در این قسمت وارد نمایید. در صورتی که شماره با صفر شروع می شود لطفاً آن را نیز وارد نمایید

۳. ملیت مادر:

ملیت ایرانی یا غیر ایرانی انتخاب شود. ملیت مادر را در صورتی که ایرانی نیست مشخص نمایید. در سامانه به صورت پیش فرض گزینه ایرانی انتخاب شده است. در صورت انتخاب گزینه غیر ایرانی لطفاً ملیت آن را از گزینه های موجود انتخاب نمایید. با تایپ اولین حروف کشور مورد نظر می توانید به کشور مورد نظر خود زودتر دست پیدا کنید.

سال تولد مادر:

به صورت چهار رقمی مانند ۱۳۶۴ نوشته شود.

۴. شماره ملی مادر:

در صورت ایرانی بودن، شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علائم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویرگول اجتناب شود. در صورت غیر ایرانی بودن مادر، این فیلد غیر فعال می شود. بعد از درج سال تولد برای مثال ۱۳۶۰ و شماره ملی مادر بر گزینه استعلام شماره ملی کلیک کنید. اگر شماره ملی نادرست باشد دور آن نقطه چین قرمز ظاهر خواهد شد.

۵. فاقد شماره ملی

در صورت عدم وجود شماره ملی این گزینه تیک بخورد. ممکن است مادری شماره ملی داشته باشد ولی شما کارت را رویت نکرده یا کارت ملی مفقود شده باشد. در این صورت این گزینه را انتخاب نمایید. در صورتی که برای شما محرز است که مادر ایرانی است و واجد هیچ گونه اوراق هویتی نیست و شماره ملی به هیچ وجه قابل استحصال نبود این گزینه را انتخاب نمایید. در صورت انتخاب فاقد شماره ملی لطفاً شماره موبایل یا تلفن منزل مادر یا پدر نوزاد را به درستی وارد نمایید. زیرا سامانه ایمان برای واکشی داده از شماره تلفن استفاده خواهد کرد. در صورت نبودن شماره موبایل برای ثبت شماره تلفن منزل لطفاً ابتدا کد شهر و سپس شماره منزل درج شود.

۶. نام و نام خانوادگی مادر:

نام و نام خانوادگی مادر به طور کامل و با استفاده از حروف فارسی تایپ شود. در مواردی مانند رحم جایگزین نیز نام زانو(مادری که باردار است) در این قسمت نوشته می شود.

۷. تاریخ تولد مادر

در صورتی که ملیت مادر ایرانی باشد تاریخ تولد پس از انتخاب ملیت ایرانی، سال تولد و کد ملی به صورت سیستمی درج خواهد شد. اگر ملیت مادر غیرایرانی یا ملیت ایرانی و فاقد کد ملی باشد تاریخ تولد با استفاده از تقویم شمسی، به تفکیک روز، ماه و سال انتخاب و باید به صورت دستی از سمت چپ نوشته شود و بین اعداد slash گذاشته شود؛ برای مثال: ۱۳۶۴/۱/۱

۸. نسبت خویشاوندی

منظور از نسبت خویشاوندی درجه یک یا دو مادر با پدر نوزاد می باشد. که شامل خاله زاده، دایی زاده، عموزاده و عمه زاده و همچنین شامل نوادگان خاله و دایی و عمه و عمو می باشد.

۹. تعداد قل (چند قلو؟)

با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلوپی باشد، مرتبه تولد ۱ نوشته می شود

۱۰. آیا رحم جایگزین می باشد؟

در صورت جایگزین بودن رحم گزینه "بله" و در غیر این صورت گزینه "خیر" انتخاب شود

۱۱. سال تولد مادر حقیقی (اجاره کننده رحم)

در صورت جایگزین بودن رحم، تاریخ تولد مادر حقیقی با استفاده از تقویم شمسی، به تفکیک روز، ماه و سال انتخاب شود.

۱۲. شماره ملی مادر حقیقی

در صورت جایگزین بودن رحم، شماره ملی ده رقمی مادر با استفاده از اعداد صحیح پر شود. از گذاشتن علائم و نشانه ها مانند خط فاصله و ویرگول اجتناب شود. بعد از درج سال تولد برای مثال ۱۳۶۰ و شماره ملی مادر بر گزینه اعلام شماره ملی کلیک کنید. اگر شماره ملی نادرست باشد دور آن نقطه چین قرمز ظاهر خواهد شد.

۱۳. محل سکونت دائم مادر

یکی از گزینه های شهر، روستا یا عشایر انتخاب شود. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب می شود. چنانچه مادر ساکن روستاست و فقط برای انجام زایمان به بیمارستان شهر آمده و مهمان بستگان می باشد محل سکونت روستا علامت زده شود. لطفاً از مادر به زبانی ساده و روان سوال کنید که محل دائم زندگی وی کجاست. اگر برای زایمان به صورت موقت به شهر و منزل بستگان آمده باشد ممکن است نحوه سوال شما مادر را به اشتباه بیندازد.

۱۴. نشانی محل زندگی

استان و شهرستان محل زندگی انتخاب شود. در صورت عشایر بودن این گزینه از حالت اجبار خارج می شود. در صورتی که کوچ فصلی مادر در یک استان بخصوص محدود می شود می توانید استان را انتخاب نمایید. اگر محل سکونت مادر بخش است گزینه شهر انتخاب شود. اگر در محل سکونت دائم مادر، گزینه عشایر انتخاب شود این گزینه غیر اجباری می شود

۱۵. شماره تلفن همراه مادر یا پدر

ثبت یک شماره همراه از والدین اجباری می باشد. در صورتیکه والدین شماره تلفن همراه نداشته باشند شماره تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک درج گردد.

۱۶. نوع بیمه

برای تعیین نوع بیمه مادر در قسمت مربوطه یکی از گزینه های زیر که نشان دهنده بیمه پایه مادر (نه بیمه تکمیلی) می باشد انتخاب می گردد: (۱) تامین اجتماعی (۲) بیمه خدمات درمانی (۳) نیروهای مسلح (۴) کمیته امداد امام خمینی (۵) سایر بیمه ها (نفت، بانک ها، ...) (۶) بیمه سلامت ایرانیان (۷) ندارد. اگر مادر بیمه های مختلف داشته باشد، ملاک بیمه ای است که با آن بستری شده است.

۱۷. میزان تحصیلات مادر

تحصیلات بر اساس گفته مادر یکی از هشت گزینه زیر انتخاب می گردد. (۱) بی سواد (۲) سواد خواندن و نوشتن (بدون مدرک) (۳) نهضت سوادآموزی (۴) ابتدائی (۵) کمتر از دیپلم (۶) دیپلم یا پیش دانشگاهی (۷) فوق دیپلم (کاردان) (۸) لیسانس (کارشناس) تا فوق لیسانس (کارشناسی ارشد) (۹) دکترای تخصصی PHD (غیر پزشکی) (۱۰) دکترای حرفه ای (پزشکی) (۱۱) علوم دینی سطح یک (۱۲) علوم دینی سطح دو (۱۳) علوم دینی سطح سه (۱۴) بدون پاسخ. بیسواد کسی است که نمیتواند بخواند و بنویسد. اگر فردی باسواد است با توجه به مقطع تحصیلی یکی از گزینه ها انتخاب شود. ملاک قرارگیری در یک مقطع تحصیلی اخذ مدرک حداقل یکی از پایه های تحصیلی می باشد.

- دکترای تخصصی / فوق دکترا، منظور تخصص در تمامی رشته های علوم پزشکی و نیز دکترا در سایر رشته ها مانند ریاضی و آمار و ... است.
- بدون پاسخ شامل تحصیلات سایر ادیان، تحصیلات اهل تسنن و سواد بدون مدرک تحصیلی و عدم دسترسی به مادر جهت سوال و است.

۱۸. شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان

در صورتی که مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده است گزینه "خیر" و در صورتی که در این کلاس ها شرکت کرده است گزینه "بله" را انتخاب کنید.

۱۹. تعداد جلسه (آمادگی برای زایمان)

در صورت شرکت مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان، تعداد جلساتی که مادر در آن شرکت کرده است یادداشت کنید. حتماً گواهی شرکت در کلاس مادر را بررسی نمایید. از اظهارات مادر استفاده نشود.

۲۰. محل جلسات آموزشی

محل برگزاری جلسات آموزشی آمادگی برای زایمان که مادر در آن شرکت کرده است از یکی از این گزینه ها انتخاب می شود:

- (۱) مرکز بهداشتی (۲) بیمارستان (۳) مراکز مشاوره خدمات مامایی (۳) مطب متخصص زنان/ دفاتر کار مامایی
- در صورتی که در دو جای مختلف آموزش ها را گرفته مکانی که بیشترین تعداد جلسات را گذرانده علامت بزنید.
۲۱. آیا مادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است؟

منظور از مراقبت یک به یک، دریافت خدمات مراقبتی در زایشگاه به نسبت هر مادر یک ماما می‌باشد. در صورتی که مادر چنین مراقبتی دریافت کرده است گزینه "بله" و در غیر این صورت گزینه "خیر" را انتخاب کنید. لطفاً دقت شود هر مادر با یک ماما (الزاماً نه همان ماما) فرآیند لیبر را سپری کرده باشد

۲۲. آیا مادر همراه داشت؟

اگر در هنگام دریافت مراقبت، مادر همراه داشته است، گزینه "بله" و در غیر این صورت گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۲۳. همراه مادر؟

در صورتی که مادر در هنگام لیبر و زایمان همراه داشته است، همراه مادر را از یکی از گزینه‌های: (۱) بستگان همجنس (۲) همسر (۳) ماما همراه انتخاب کنید.

۲۴. تعداد بارداری (G)

تعداد بارداری با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Gravid دفعات بارداری مادر صرف‌نظر از سرانجام آن که سقط بوده و یا زایمان، مورد نظر است. به طور مثال اگر مادری یک بار سقط داشته و یک بار زایمان نموده این بارداری وی ۳ است. تعداد بارداری باید یک عدد از مجموع تعداد زایمان قبلی و سقط بیشتر باشد.

۲۵. تعداد زایمان (P)

تعداد زایمان با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از زایمان یا Para دفعاتی است که مادر زایمان ۲۲ هفته یا بالاتر داشته است. تعداد زایمان در حاملگی دو یا چند قلوئی یک زایمان محسوب می‌شود زیرا مادر مراحل لیبر را یکبار تجربه می‌کند.

۲۶. تعداد سقط (Ab)

تعداد سقط با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. منظور از بارداری یا Abortion خروج جنین قبل از ۲۲ هفته بارداری است. توجه: مقادیر اشتباه تعداد بارداری، زایمان و سقط پذیرفته نمی‌شود و دور کادر مورد نظر قرمز می‌شود.

۲۷. تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی)

با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود.

۲۸. مرگ نوزاد قبلی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

۲۹. سابقه مرده زایی

به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد

۳۰. تاخیر رشد داخل رحمی در این بارداری (IUGR)

بر اساس جواب سونوگرافی یا تشخیص پزشک به صورت بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) پاسخ داده شود.

۳۱. تجویز کورتیکواستروئید به منظور تکامل ریه جنین:

○ کامل ○ ناقص ○ نگرفته است ○ نامشخص

در صورت تکمیل دوره دریافت کورتون (۱۲ میلی گرم بتا متازون عضلانی و تکرار آن هر ۲۴ ساعت و ...) توسط مادر در دوران بارداری گزینه کامل، در صورت عدم تکمیل دوره گزینه ناقص انتخاب گردد. در صورتیکه کورتون دریافت نکرده است گزینه نگرفته است، و در صورتیکه اطلاعی از تجویز کورتون وجود ندارد نامشخص انتخاب گردد.

۳۲. بارداری به روش مصنوعی

در صورت استفاده از روش های مصنوعی بارداری بله (کد یک) یا خیر (کد صفر) انتخاب گردد. فقط در صورت انجام IVF و میکرواینجکشن برای وقوع بارداری گزینه بله انتخاب گردد. در غیر اینصورت گزینه خیر انتخاب می گردد.

۳۳. شروع دردهای زایمانی

نحوه شروع دردهای زایمانی از یکی از این گزینه ها انتخاب شود: (۱) خودبه خودی (۲) القای زایمانی (اینداکشن) (۳) سزارین قبل از شروع دردهای زایمانی

چنانچه مادر از ابتدا با درد زایمانی مراجعه کرده اما رحم هیپوتون بوده یا پیشرفت نداشته و از اکسی توسین استفاده شده گزینه تقویت دردهای زایمانی را از قسمت مداخلات زایمان انتخاب نمائید. القای زایمان را از این قسمت علامت زنید

۳۴. آیا برای توقف دردهای زایمانی در زایمان پره ترم قبل از ۳۷ هفته بارداری (۳۶ هفته و ۶ روز) اقدام دارویی صورت گرفته است؟

■ اگر برای توقف دردهای زایمانی و زایمان زودرس اقدام دارویی بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان استفاده شده باشد صورت گرفته است گزینه "بله" و اگر اقدامی صورت نگرفته است گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۳۵. آیا تست HIV در دوران بارداری انجام شده است؟

اگر تست HIV در دوران بارداری انجام شده است، گزینه "بله" و اگر انجام نشده است، گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۳۶. در صورت پاسخ "خیر" آیا رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است؟

در صورت پاسخ "خیر" به سوال انجام تست HIV در دوران بارداری، اگر رپید تست HIV در اتاق زایمان انجام شده است، گزینه "بله" و اگر انجام نشده است، گزینه "خیر" را انتخاب کنید.

۳۷. نتیجه تست نهایی HIV

در صورت انجام تست HIV نتیجه آن را از گزینه های (۱) مثبت و (۲) منفی انتخاب کنید. در صورت مثبت بودن رپید تست برای ثبت نتیجه مثبت دقت شود تست تائیدی دوره بارداری بررسی و ثبت شود. انجام تست سریع در هنگام زایمان و نتیجه مثبت آن به عنوان به عنوان تست نهایی در نظر گرفته می شود.

۳۸. عوامل خطر بارداری:

- در صورتی که عامل خطر بارداری وجود ندارد با انتخاب گزینه "ندارد" (کد صفر) سایر گزینه ها غیر فعال می شود. در صورت انتخاب گزینه "دارد" (کد یک) انتخاب حداقل یک گزینه از موارد زیر اجباری است؛ همچنین امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد برای مثال در صورت وجود بیماری قلبی، دیابت بارداری، اعتیاد مادر به مواد روانگردان هر سه مورد انتخاب گردد. در صورت تیک زدن هر یک از موارد زیر گزینه مربوطه کد یک می گیرد. و گزینه های تیک نخورده کد صفر محسوب می شود.

- اظهار مادر در خصوص داشتن بیماری خاص یا مصرف داروی مربوط به بیماری یا تشخیص حین بستری در اتاق زایمان تأیید کننده وجود عوامل خطر می باشد.

- جهت سهولت انتخاب عوامل خطر بارداری در چهار گروه تقسیم شده است:

۱- بیماری مادر:

- فشار خون مزمن: در صورت وجود بیمای فشار خون ۱۴۰/۹۰ قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری و یا مصرف داروی ضد فشارخون قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری جهت درمان بیماری فشار خون بالا، این گزینه انتخاب گردد.
- بیماری قلبی: بیماری قلبی قبل یا حین بارداری انتخاب شود.
- بیماری اتوایمیون: در صورت وجود بیماری های اتوایمیون در مادر نظیر لوپوس، گریوز، هاشیموتو، شوگرن، مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس و سایر بیماری های اتوایمیون این گزینه انتخاب گردد.
- دیابت: در صورت وجود دیابت قبل از هفته ۲۰ بارداری این گزینه انتخاب گردد.
- اختلالات تیروئید: در صورت بیماری کم کاری تیروئید تشخیص داده شده قبل یا حین بارداری و مصرف دارو در طی بارداری، علامت زده شود.
- بیماری اعصاب و روان (در حال دریافت دارو): در صورت وجود بیماری های اعصاب (نظیر صرع و ...) یا بیماری های روانپزشکی (نظیر افسردگی شدید و ...) مادر، که تحت درمان یا کنترل با دارو است این گزینه انتخاب گردد.
- هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بستری: در صورت داشتن هموگلوبین کمتر از ۷ در زمان بستری گزینه آنمی علامت زده شود.
- از مادر سوال شود: در صورت داشتن بی اختیاری ادرار در بارداری قلبی علامت زده شود.
- از مادر سوال شود: بی اختیاری مدفوع یا گاز در بارداری قلبی علامت زده شود.

۲- عفونت:

- هپاتیت B: در صورت هپاتیت B⁺ به تشخیص پزشک یا وجود آزمایش آنتی ژنی مثبت موید هپاتیت حاد یا فعال این گزینه انتخاب گردد. نتیجه آزمایش مادر بررسی شود.
- VDRL+: بر اساس آزمایشات (داشتن تست VDRL مثبت) و تشخیص پزشک و علامت زده شود. چنانچه مادر دارای آزمایش های قبلی VDRL مثبت است و آزمایش های تائیدی بعدی منفی می باشد این گزینه علامت زده نشود.
- HIV+/ایدز: در صورت داشتن اچ آی وی مثبت یا بیماری ایدز علامت زده شود. در صورت مثبت بودن تست سریع اچ آی وی حین بستری بدون تائید آزمایش های تکمیل کننده نیز علامت زده شود.
- کوریوآمنیونیت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.
- پیلونفریت: در صورت وقوع در بارداری اخیر مطابق با راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان انتخاب گردد.

۳- بیماری ناشی از بارداری:

- دیابت بارداری: بروز دیابت بعد از هفته ۲۰ چنانچه مادر با رژیم غذایی کنترل شده یا تحت درمان دارویی است علامت زده شود
- پره اکلامپسی / اکلامپسی

پره اکلامپسی: فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری بروز کند تأیید به فاصله ۴ ساعت و همراه با پروتئین اوری یا با شواهد درگیری چند ارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، سیستم عصبی یا ادم ریه است.

پره اکلامپسی شدید: افزایش فشارخون به میزان ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بیشتر، در دو نوبت به فاصله حداقل ۴ تا ۶ ساعت همراه با بروز پروتئینوری به میزان ۲ گرم یا بیشتر با یا بدون هر یک از علائم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر و یا دو برابر نسبت به سطح پایه و یا ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.

اکلامپسی: اضافه شدن تشنج به علائم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.

■ از مادر سوال شود: بی اختیاری ادرار در بارداری فعلی دارد؟

■ از مادر سوال شود: بی اختیاری مدفوع یا گاز در بارداری فعلی دارد؟

۴- سوء مصرف مواد:

■ سیگار و دخانیات در بارداری اخیر: در صورت مصرف سیگار و یا سایر دخانیات نظیر قلیان در بارداری اخیر (به هر میزان) این گزینه انتخاب گردد.

■ اعتیاد مادر به مواد مخدر: در صورت اعتیاد به مواد مخدر و مصرف مواد در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.

■ اعتیاد مادر به داروهای روانگردان: در صورت اعتیاد مادر به مواد روانگردان از جمله قرص های توهم زا در دوران بارداری این گزینه انتخاب گردد.

■ مشروبات الکلی در دوران بارداری: در صورت مصرف مشروبات الکلی به هر میزان در بارداری اخیر، این گزینه انتخاب شود.

۳۹. عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه ها غیرفعال میشود.

عوامل خطر زایمانی مورد نظر شامل: پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت از ۳۷ هفته، دکلمان جفت، چسبندگی غیرطبیعی جفت، ضربه قلب جنینی مختل و زایمان زودرس (مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان) است و عامل یا عامل هایی که در مادر وجود دارند انتخاب گردند.

۴۰. عوامل خطر زایمانی:

در صورتیکه عوامل خطر زایمانی وجود ندارد با انتخاب گزینه "ندارد" سایر گزینه ها غیرفعال می شود. اما در صورت داشتن عوامل خطر زایمانی می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود.

(۱) پارگی کیسه آب بیشتر از ۱۸ ساعت

(۲) دکلمان جفت

(۳) چسبندگی غیر طبیعی جفت (اکرتا، اینکرتا، پرکرتا)

(۴) ضربه قلب جنینی مختل بر اساس تراسه دستگاه الکترونیک کنترل صدای قلب جنین یا گوش دادن یک دقیقه کامل ضربه قلب حین انقباض و بلافاصله پس از انقباضات رحمی)

در صورت انتخاب ضربان قلب جنینی مختل در قسمت بالا (عوامل خطر زایمانی) تکمیل این قسمت اجباری می‌شود

- افت دیررس
- افت متغیر
- افت طولانی مدت
- عدم وجود تغییر ضربان پایه به پایه
- NST نان راکتیو
- OCT مثبت

۵) زایمان زودرس، زایمان قبل از هفته ۳۷

۴۱. عوارض زایمان تا دو ساعت پس از زایمان

- ۱) دریافت خون: در صورتی که مادر، خون دریافت کرده است، میزان خون دریافتی را از یکی از گزینه‌های ۱) > 3 واحد و ۲) < 3 واحد انتخاب کنید.
- ۲) پارگی درجه ۳ و ۴
- ۳) دیستوشی شانه

۴۲. مداخله‌های حین زایمان

در صورتیکه مداخله حین زایمان انجام نشده باشد با انتخاب گزینه "خیر" سایر گزینه‌ها غیرفعال می‌شود. اما در صورت انجام مداخله حین زایمان می‌توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود:

- اپی زیوتومی: در صورت اپی زیوتومی مادر در حین زایمان این گزینه انتخاب گردد.
- القا یا تقویت درد زایمان: در صورت استفاده از داروهایی مانند اکسی توسین یا پروستاگلاندین‌ها جهت تقویت یا القا درد زایمان این گزینه انتخاب گردد.

هر اقدامی که جهت تسریع در امر زایمان انجام گرفته است مانند تزریق داروهایی نظیر آتروپین، هیوسین، پتیدین و ... و یا پاره کردن کیسه آب جنین، ... که به منظور تسریع در امر زایمان استفاده شده باشد، القا محسوب می‌شود اما در این جمع آوری اطلاعات مورد نظر ما نمی‌باشد، بنابراین از انتخاب گزینه القا یا تقویت دردهای زایمان در این گونه موارد خودداری کنید.

- استفاده از فورسپس یا وکیوم

۴۳. سرانجام مادر تا دو ساعت پس از زایمان:

منظور سرانجام مادر فقط تا دو ساعت پس از زایمان است.

- انتقال به بخش پس از زایمان: در بیمارستان‌هایی که مجهز به بخش LDRP (Labor-Delivery-Recovery-) هستند یعنی مادر روی یک تخت بستری می‌شود، روی همان تخت سیر لیبر طی شده و روی همان تخت زایمان می‌کند و نیز اوقات بعد زایمان خود را می‌گذراند و از روی همان تخت ترخیص می‌گردد، سرنوشت مادر تا زمان ترخیص در نظر گرفته شود.
- انتقال به اتاق عمل: این گزینه برای مادرانی انتخاب شود که پس از تولد نوزاد (چه به صورت زایمان طبیعی و چه به صورت سزارین) به دلیل بروز عوارض زایمانی برای انجام مداخله جراحی به اتاق عمل فرستاده می‌شوند.

- انتقال به بخش مراقبت ویژه: چنانچه مادر دو ساعت پس از زایمان طبیعی یا سزارین به بخش مراقبت ویژه منتقل شد این گزینه علامت زده شود.
 - فوت در محل زایمان (فوت مادر تا دو ساعت پس از زایمان): در صورت فوت مادر در اتاق عمل برای انجام سزارین یا در بلوک زایمان هنگام زایمان طبیعی تا دو ساعت پس از زایمان علامت زده شود.
- تذکر: در صورتی که مادر به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد منتقل گردید و بعد از دو ساعت در آن بخش فوت نمود و یا به بخش مراقبت ویژه و یا به علت مشکلاتی نظیر اینرسی رحم به اتاق عمل منتقل شد گزینه انتخابی شما هم چنان انتقال به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد خواهد بود.
- تذکر: اگر مادر از اتاق زایمان برای سزارین به اتاق عمل منتقل شد گزینه انتقال به اتاق عمل انتخاب نمی شود.

۴۴. عامل زایمان:

عامل زایمان کسی است که زایمان (خروج کامل جنین) را انجام داده است حتی اگر فرآیند لیبر توسط فرد دیگری کنترل شده باشد. در صورتی که نوع زایمان سزارین باشد عامل زایمان نمی تواند ماما - پزشک عمومی - ماما روستا/ بهورز ماما - مامای محلی باشد.

- متخصص زنان و مامایی
 - رزیدنت زنان و مامایی
 - ماما
 - پزشک عمومی
 - ماما روستا/ بهورز ماما
 - سایر افراد: در صورتی که عامل زایمان شخصی غیر از موارد بالا باشد، گزینه "سایر افراد" را انتخاب کرده و تحصیلات وی را یادداشت نمایید. سایر عامل زایمان حتما قید گردد به طور مثال: همراهان، تکنسین اورژانس، مامای دوره ندیده
- در صورتی که زایمان در حین انتقال به بیمارستان توسط غیر پزشک و یا ماما انجام شده باشد، در قسمت سایر افراد وارد گردد.
۴۵. شماره نظام پزشکی متخصص زنان مدیر زایمان:

شماره نظام پزشکی پزشک متخصص زنان مسئول زایمان با عدد صحیح بدون علامت و نشانه ای تایپ شود.

۴۶. شماره نظام پزشکی/ مامایی عامل زایمان:

شماره نظام پزشکی/ مامایی عامل زایمان با عدد صحیح و بدون علامت و نشانه ای تایپ شود.

عامل زایمان می تواند پزشک (عمومی یا متخصص زنان) یا ماما باشد. عامل زایمان کسی است که زایمان (خروج کامل جنین) را انجام داده است اگر فرآیند لیبر کنترل شده است اما زایمان توسط فرد دیگری انجام شده است شماره نظام پزشکی عامل زایمان ثبت شود. در صورتی که زایمان در حین انتقال به بیمارستان توسط غیر پزشک و یا غیر ماما انجام شده باشد که شماره نظام پزشکی ندارد از کد شناسایی که پس از ارسال اسامی افراد فوق به دفتر سلامت جمعیت خانواده مدارس وزارت بهداشت در اختیار معاونت درمان و بیمارستان مربوطه قرار می گیرد امکان پذیر خواهد بود.

قابل ذکر می باشد فرآیند فوق جهت ثبت دقیق عاملین زایمان ایجاد و اجباری می باشد.

مشخصات نوزاد

در این قسمت فقط مشخصات نوزاد به ترتیب زیر ثبت می شود.

۴۷. تاریخ تولد نوزاد:

تاریخ تولد نوزاد می بایست از تقویم شمسی انتخاب گردد و از نوشتن دستی خودداری گردد.

۴۸. ساعت تولد نوزاد:

ساعت تولد نوزاد می بایست به صورت ساعت ۲۴ ساعته، همراه با دقیقه نوشته شود. هر روز از ساعت ۰۰:۰۰ شروع می شود و به ۲۳:۵۹ دقیقه ختم می شود. در صورتی که ساعت تولد نوزاد راس ساعت ۲۴ باشد، می بایست ساعت به صورت ۰۰:۰۰ وارد شود و از نوشتن علائم AM یا PM خودداری شود. مثلاً ۱۹:۳۰ و از نوشتن PM خودداری شود.

۴۹. جنسیت:

پسر (مذکر) یا دختر (مونث) بودن ثبت شود. در صورت داشتن هر گونه ابهام در تشخیص جنسیت، گزینه مبهم انتخاب شود.

۵۰. مرتبه تولد (قل چندم؟)

با عدد صحیح نوشته می شود. در صورتی که حاملگی یک قلوئی باشد، مرتبه تولد ۱ نوشته می شود. در صورتی که حاملگی چند قلوئی باشد، مرتبه تولد بر اساس، تقدم خروج نوزاد تایپ شود. برای قل اول در این فیلد عدد ۱ قل دوم عدد ۲ و قل سوم عدد ۳ تایپ شود.

۵۱. وزن نوزاد (گرم)

وزن نوزاد به گرم بین ۱۵۰ تا ۸۰۰۰ گرم و با استفاده از اعداد صحیح نوشته شود. از نوشتن وزن نوزاد به صورت کیلوگرم خودداری شود. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم کیلو خودداری شود.

۵۲. دور سر نوزاد (سانتی متر)

دور سر نوزاد به سانتی متر بین ۷۰-۱۵ سانتی متر با استفاده از اعداد صحیح به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن دور سر نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره یا ممیز و یا نوشتن متن نظیر سه دهم متر خودداری شود. دور سر به سانتی متر و حداکثر با دو رقم اعشار ثبت شود.

۵۳. قد نوزاد (سانتی متر)

قد نوزاد به سانتی متر بین ۷۵ - ۲۰ سانتی متر با استفاده از اعداد صحیح به صورت دستی نوشته می شود. از نوشتن قد نوزاد به متر خودداری گردد. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر نیم متر خودداری شود.

۵۴. سن بارداری:

سن بارداری به هفته و با استفاده از اعداد صحیح در قسمت مربوطه تایپ شود و بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه می شود. فقط محدوده ۲۲ الی ۴۵ هفته قابل ثبت است. از گذاردن روز در کنار هفته خودداری گردد: مثال ۴۱ هفته و ۶ روز به صورت ۴۱ هفته تایپ شود.

۵۵. نوع زایمان

نوع زایمان به صورت واژینال یا سزارین انتخاب می گردد.

۵۶. زایمان واژینال بعد از سزارین (وی بک - VBAC)

در صورت انجام زایمان به صورت واژینال در خانمی که زایمان قبلی آن به صورت سزارین بوده است، گزینه بله انتخاب گردد.

۵۷. پرزانتاسیون: عضو نمایش جنین در زمان زایمان در این قسمت وارد گردد:

○ سفالیک ○ بریچ ○ عرضی ○ صورت

۵۸. سابقه سزارین

در صورت سابقه انجام زایمان سزارین گزینه بله انتخاب گردد.

۵۹. استفاده از روش های کاهش درد زایمان/ زایمان بی درد (فقط برای زایمان طبیعی)

در صورت استفاده از یکی از روش های کاهش درد ذکر شده در زیر، گزینه مربوطه انتخاب گردد:

○ ندارد ○ غیر دارویی ○ اپیدورال ○ اسپینال ○ انتونوکس ○ تزریق مسکن یا مخدر

فقط یک روش برای هر مادر علامت زده شود. در صورت استفاده از روشهای دارویی چنانچه از روشهای غیر دارویی استفاده شده فقط روش دارویی علامت زده شود. در روشهای دارویی هر روشی که مدت زمان بیشتری استفاده شده ملاک است.

۶۰. سابقه سزارین: در صورت زایمان (P) بالاتر از یک سابقه سزارین فعال می گردد.

۶۱. تعداد سزارین قبلی: در صورت داشتن سابقه سزارین، تعداد سزارین قبلی یادداشت شود.

۶۲. شیوه بیهوشی در سزارین فعلی: شیوه بیهوشی در سزارین بر اساس گزینه های زیر انتخاب شود:

▪ بیهوشی عمومی

▪ بی حسی اسپینال

▪ بی حسی اپیدورال

در صورتیکه نوع زایمان سزارین باشد یکی از علل زیر انتخاب شود. در صورت نوع زایمان واژینال علل سزارین غیر فعال می می گردد.

۶۳. علت سزارین:

در صورت انتخاب نوع زایمان به روش واژینال، فیلد علت سزارین غیر فعال می گردد. اما در صورت انتخاب نوع زایمان به روش سزارین، فیلد علت سزارین فعال می گردد که شامل ۹ گزینه است و تنها یک گزینه را می توان انتخاب نمود.

(۱) سزارین قبلی و یا اسکار رحمی

(۲) زجر جنینی

(۳) پرزانتاسیون غیرطبیعی

(۴) مشکلات جفت و بندناف

(۵) به درخواست مادر

(۶) لیبر غیرطبیعی (دیستوشی)

(۷) چند قلوبی

(۸) سایر علل تعریف نشده حتما ذکر گردد مثلاً اج ای وی مثبت، عوارض غیر مامایی و....

اگر در پرونده مادر، چندین علت برای سزارین ذکر شده است، می بایست تنها یک علت را که اصلی است ثبت نمود. مثلاً در موارد سزارین تکراری و بریچ، سزارین تکراری ثبت شود. فشار خون بالا و پرتانسسیون غیر طبیعی، پرتانسسیون غیر طبیعی ثبت شود. ضمناً در صورت دکلمان در ابتدای فاز فعال و نیاز سریع به ختم بارداری با انجام سزارین، علت دیسترس جنینی ثبت شود. در موارد جفت سرراهی و پرولاپس بند ناف، مشکلات جفت و بند ناف علامت زده شود.

تذکر: دلایلی مانند عیوب انکساری چشم یا دیسکوپاتی از اندیکاسیونهای مجاز سزارین نمی باشند و نباید به عنوان سایر علت‌های تعریف نشده انتخاب شوند.

۶۴. مکان زایمان

محل زایمان از گزینه های موجود انتخاب میشود.

○ بیمارستان ○ واحد تسهیلات زایمانی ○ منزل ○ در مسیر انتقال ○ سایر

منظور از زایمان خروج نوزاد می باشد بنابراین چنانچه خروج نوزاد بین راه و خروج جفت در بیمارستان اتفاق افتاده باشد زایمان بین راه علامت زده شود. در این حالت عامل زایمان کسی است که جفت را خارج نموده است.

۶۵. تماس پوست به پوست در ساعت اول

براساس مدت زمان تماس پوست به پوست نوزاد با مادر گزینه مربوطه انتخاب گردد: ○ انجام نشد ○ کمتر از یک ساعت تماس ○ یک ساعت یا بیشتر تماس پوست با پوست

۶۶. تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست

در صورت شیردهی (سینه مادر) در ساعت اول تولد گزینه بله و در غیر اینصورت خیر انتخاب گردد: ○ بله ○ خیر

۶۷. پیشرفت عملیات احیا

در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا نداشته باشد، گزینه نیاز به احیا نداشت علامت زده می شود، و در این صورت سایر گزینه ها غیر قابل انتخاب می شوند. اما در صورتی که نوزاد در بدو تولد نیاز به احیا داشته باشد، بر اساس آخرین مرحله احیا که برای نوزاد انجام شده یکی از چهار گزینه مربوطه انتخاب شود:

○ نیازی به احیا نداشته است ○ CPAP ○ PPV ○ فشردن قفسه سینه ○ تجویز دارو

تذکر: گرم و خشک کردن نوزاد جزئی از مراقبت های اولیه نوزاد در بدو تولد می باشد که برای تمام نوزادان سالم و نیازمند احیا انجام می شود. بنابراین باید توجه نمود انجام این مراقبت ها در گام های نخستین احیا نوزاد در نوزاد سالم دسته بندی نگردد.

۶۸. لوله گذاری تراشه برای تهویه

در صورت انتخاب یکی از مراحل احیا (به جز نیازی به احیا نداشته است) تکمیل این قسمت به صورت ○ بله ○ خیر اجباری می گردد.

۶۹. افراد حاضر در عملیات احیا نوزاد

در صورت انتخاب یکی از مراحل احیا (به جز نیازی به احیا نداشته است) تکمیل این قسمت به صورت بله/ خیر اجباری می گردد. و در صورت انتخاب گزینه "بله" تکمیل جزییات اجباری می شود. در صورت انتخاب گزینه "خیر" جزییات مربوطه غیر فعال می شود. امکان انتخاب چند گزینه امکان پذیر است.

در صورت حضور پزشک در اتاق زایمان، جهت انجام احیای نوزاد گزینه بله انتخاب گردد و در این حالت انتخاب مرتبه علمی پزشک اجباری می شود. منظور حضور پزشک غیر از متخصص زنان می باشد و در صورت حضور چند پزشک، فقط یک گزینه به ترتیب زیر انتخاب گردد. برای مثال در صورت حضور همزمان متخصص اطفال و متخصص بیهوشی، متخصص اطفال انتخاب گردد:

○ ماما ○ متخصص زنان و زایمان ○ دستیار تخصصی زنان و زایمان ○ پرستار احیا نوزاد (شاغل در بخش نوزادان)
○ متخصص اطفال ○ دستیار تخصصی اطفال ○ دستیار فوق تخصصی نوزادان ○ پزشک بیهوشی

۷۰. نمره آپگار دقیقه ۱

بر اساس جدول آپگار، نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

۷۱. نمره آپگار دقیقه ۵

نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم تولد فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود.

۷۲. نمره آپگار دقیقه ۱۰

نمره آپگار نوزاد در دقیقه ده تولد فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود. اجباری در صورت آپگار دقیقه پنج کمتر از ۷

۷۳. نمره آپگار دقیقه ۲۰

نمره آپگار نوزاد در دقیقه بیست تولد فقط عدد ۰ تا ده قابل نوشتن است. هم چنین از گذاشتن هر گونه علامت یا نشانه ای مانند خط تیره، ممیز یا نوشتن متن نظیر هفت خودداری شود. اجباری در صورت آپگار دقیقه ده کمتر از ۷

جدول نمره آپگار

APGAR	آپگار	امتياز دو	امتياز يك	امتياز صفر
Appearance	ظاهر/رنگ	بدون هرگونه سیانوز رنگ طبیعی	فقط کبودی دست‌ها و	کبود و یا رنگ‌پریدگی
Pulse	یالسر	بیشتر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	بدون نضر
Grimace	رفلکس و	گریه و عقب کشیدن اندام تحریک	حرکت خفیف/ناله در	بدون پاسخ به تحریک
Activity	اکتیویتی و	مقاومت در برابر کشیده شدن دست	کمی فلکسیون و حرکت	بدون هیچ گونه حرکت
Respiration	تلاش برای	گریه طبیعی با صدای بلند	ناله و گریه ضعیف	بدون تنفس

۷۴. ناهنجاری بدو تولد (ارثی)

در صورتی که نوزاد در بدو تولد ناهنجاری قابل شناسایی نداشته باشد، گزینه ناهنجاری ندارد انتخاب شود و به این ترتیب سایر گزینه ها غیر فعال می گردد. اما در صورتی که نوزاد ناهنجاری قابل مشاهده و یا تایید شده توسط سونوگرافی را داشته باشد، یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد. در صورت انتخاب "بله" تکمیل حداقل یک فیلد اجباری است و همچنین انتخاب حداقل یک تشخیص در زیر گروه مربوطه اجباری می شود. امکان انتخاب چند گزینه امکان پذیر است.

(۱) سیستم عصبی

(۲) قلبی عروقی

(۳) تنفسی

(۴) گوارشی

(۵) ادراری تناسلی

(۶) اسکلتی عضلانی

(۷) پوست

(۸) چشم، گوش، سر و گردن

(۹) اختلالات کروموزومی

(۱۰) سایر موارد

۷۵. فرجام نوزادی

بر اساس سرانجام نوزاد پس از زایمان تا خروج از اتاق عمل یا اتاق زایمان، تنها یکی از پنج گزینه زیر انتخاب می گردد:

☐ انتقال به نزد مادر ☐ بستری در همان بیمارستان ☐ مرده زایی ☐ فوت نوزاد

☐ انتقال به بیمارستان دیگر: در این قسمت نام دقیق بیمارستانی که منتقل می شود یادداشت گردد.

☐ رضایت شخصی: در صورتی که نوزاد نیاز به بستری در بیمارستان یا انتقال بلافاصله به بیمارستان دیگر داشته و والدین با

رضایت شخصی نوزاد را نزد مادر برده یا به منزل برده اند این گزینه را انتقال نمایید.

۷۶. صدمات زایمانی

در صورت وجود صدمات زایمانی زیر، گزینه بله و سپس یکی از گزینه های مربوطه انتخاب گردد.

☐ شکستگی ترقوه ☐ فلج ارب دوشن ☐ فلج کلامپکه ☐ خونریزی مغزی ☐ سفال هماتوم ☐ خونریزی ساب گالنال

۷۷. آیا ABG بند ناف گرفته شد؟

در صورت انجام ABG از خون بند ناف و انتخاب "بله" ثبت مقادیر مربوطه اجباری می گردد:

PH. Base Excess (BE): PCO₂:

۷۸. مرگ نوزاد در اتاق زایمان:

مراقبت تسکینی (Palliative Care) (عدم انجام عملیات احیا نوزاد به دلیل عدم قابلیت حیات): ☐ بله ☐ خیر

مراقبت تسکینی شامل همه اقدامات فعال و کامل برای کاستن از رنج و درد در بیمار است. در حالت عمده این روش مختص به

بیماران مبتلا به یک بیماری خاص است که به درمان پاسخ نمی دهند و نتیجه مستقیم بیماری، مرگ است و تنها به آرام نمودن بیمار

و کم کردن نشانه های بیماری در وی برمی گردد.

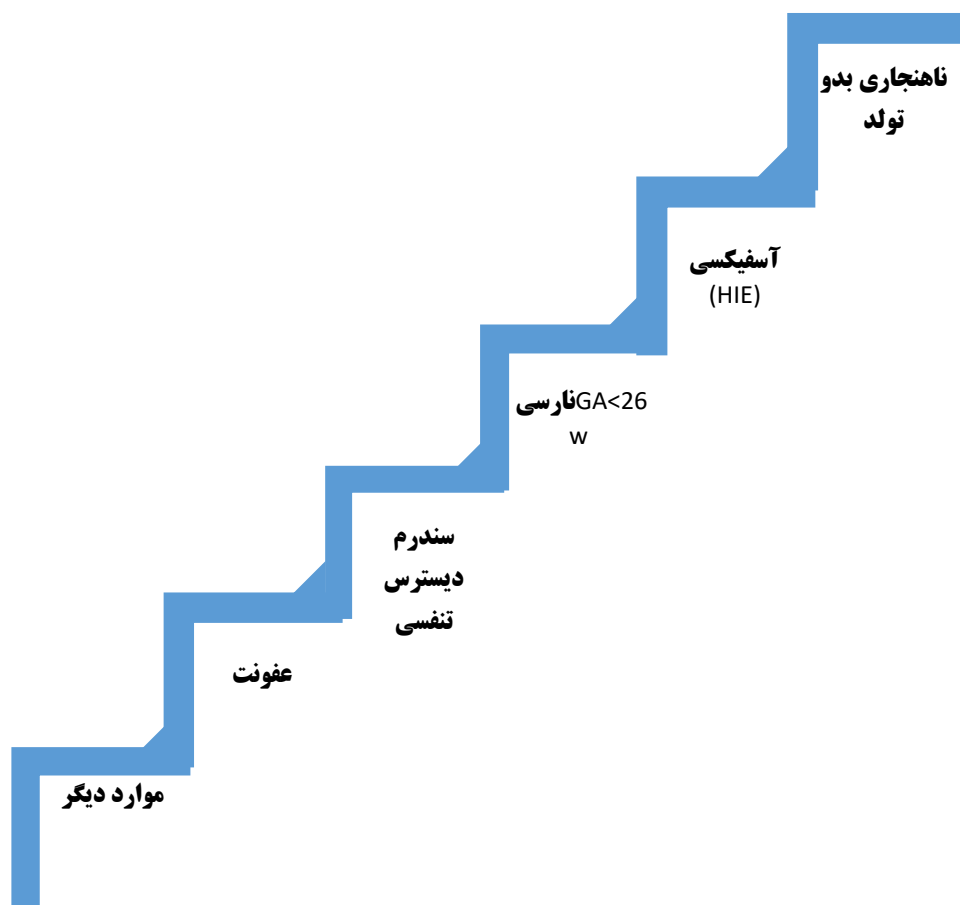
در صورت انتخاب فوت نوزاد در سرانجام نوزاد، تکمیل مراقبت تسکینی اجباری می شود.

علت مرگ نوزاد

☐ ناهنجاری بدو تولد ☐ آسفیکسی ☐ نارس (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته) ☐ سندرم دیسترس تنفسی (RDS)

☐ عفونت ☐ سایر موارد:

بر اساس علل ذکر شده یک علت انتخاب گردد.



توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد کشنده و نارس، ناهنجاری بدو تولد به عنوان علت مرگ انتخاب گردد:

○ **ناهنجاری بدو تولد:** در صورتی که ناهنجاری بدو تولد بزرگ و کشنده بوده، عامل اصلی مرگ است، مانند هرنی دیافراگماتیک، فیستول مری، انسداد دستگاه گوارش یا میلو مننگوسل، از ناهنجاری هایی که به صورت طبیعی باعث مرگ نمی شوند امتناع شود مانند شکاف کام یا چند انگشتی.

○ **هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی / HIE:** در صورت عدم وجود ناهنجاری بدو تولد و وجود شواهدی از خفگی زایمانی مانند طول کشیدن زایمان، دکلمان، گره خوردن بتد ناف و/یا نیاز به احیا پیشرفته در اتاق زایمان و همچنین سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۲۶ هفته این مورد را انتخاب نمایید.

○ **نارس (سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی نداشته و سن حاملگی کمتر از ۲۶ هفته دارد این مورد را انتخاب نمایید.

○ **سندرم دیسترس تنفسی (RDS):** در صورتی که نوزاد ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارس کمتر از ۲۶ هفته نداشته و به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت نموده است مورد چهارم یعنی سندرم دیسترس تنفسی را انتخاب نمایید. این موضوع علیرغم

آن است که ممکن است نوزاد به علت عوارض دیسترس تنفسی مانند خون ریزی ریوی، پنوموتوراکس یا موارد دیگر فوت نموده باشد.

○ **عفونت (سپسیس):** در صورتی که عفونت علت اصلی مرگ است و ناهنجاری بدو تولد، آسفیکسی، نارسایی کمتر از ۲۶ هفته و سندرم دیسترس تنفسی علت اصلی مرگ نبوده و علائم و نشانه های عفونت دوره نوزادی را نشان داده و کشت وی مثبت بوده یا نشانه های آزمایشگاهی تایید کننده عفونت بوده اند مورد پنجم یعنی عفونت را انتخاب نمایید.

○ **سایر موارد:** در صورتی که نوزاد به علت هیچ کدام از موارد فوق نمرده است موارد دیگر را انتخاب نمایید.

۷۹. مرگ داخل رحمی

زمان فوت جنین: ○ قبل از مراجعه با زایشگاه ○ در طی زایمان در زایشگاه ○ نامشخص

در صورت فوت داخل رحمی (مرده زایی)، در صورتی که زمان فوت مشخص می باشد گزینه مربوطه (قبل از مراجعه به زایشگاه یا وقوع فوت در طی زایمان) انتخاب گردد. در صورتی که زمان وقوع فوت مشخص نمی باشد گزینه نامشخص انتخاب گردد.

علت مرگ جنین: علت فوت از گزینه های ذکر شده انتخاب گردد:

○ **بیماری جنین:** شامل ناهنجاری کشنده، عفونت های جنین نظیر تورچ، خونریزی های جنین - مادر داخل رحمی، هیدروپس، محدودیت های رشد جنینی (Growth restriction) و سایر بیماریهای کشنده جنینی

○ **اختلال مایع آمنیوتیک:** شامل کوریوآمنیونیت، الیگوهایدروآمنیوس، پلی هیدروآمنیوس و سایر اختلالات درگیر کننده مایع آمنیوتیک

○ **اختلال جفت:** شامل دکولمان جفت، جفت سرراهی، وازوپروپیا (عروق سرراهی)، نارسایی جفت و سایر مشکلات مرتبط با جفت

○ **اختلال بند ناف:** شامل پرولاپس بند ناف، چسبندگی نابجای بند ناف (ولامنتوز)، گره حقیقی بند ناف و سایر اختلالات کشنده مرتبط با بند ناف

○ **آسفیکسی:** وجود یکی از علایم زیر در پیش یا حین زایمان:

- وجود شواهدی از اختلال شدید FHR پیش از زایمان یا

- PH بندناف کمتر از ۷ و BE بیشتر از ۱۲.

○ **نامشخص:** شامل مرگ های بدون توجیه مامایی شامل مرده زایی های توجیه نشده، پارگی زودرس پرده ها یا عدم وجود اطلاعات کافی درباره دوره بارداری یا زایمان

○ **سایر موارد:** در صورتی که علت مرگ جنین هیچ یک از موارد بالا نباشد، علت مرگ را در این قسمت بنویسید.

توجه: علل ذکر شده به ترتیب اولویت می باشد، برای مثال در صورت وجود چند علت مانند بیماری جنین و اختلال بند ناف، بیماری جنین به عنوان علت مرگ انتخاب گردد

نوزاد جدید

در صورتی که زایمان ثبت شده دو قلویی یا چند قلویی باشد برای ورود اطلاعات تمام نوزادان حاصل از این زایمان پس از باز نمودن فرم جدید و وارد نمودن کد ملی مادر (در صورتیکه مادر ایرانی و دارای کد ملی باشد و در فرم قبلی ثبت شده باشد) و کلیک کردن بر روی "نوزاد جدید" مشخصات مادر که در فرم نوزاد اول درج شده، نمایش داده خواهد شد و نیازی به تکمیل مجدد آن مشخصات نخواهد بود. در صورتیکه مادر غیر ایرانی یا فاقد کد ملی باشد ورود مشخصات مادر در فرم جدید (نوزاد دوم به بعد) اجباری و به دستی باید انجام گیرد.

نوع زایمان متفاوت در چند قلوها

در صورتی که قل اول به صورت زایمان طبیعی و قل دوم به شیوه سزارین متولد شده است هنگام ثبت قل دوم این امکان داده شده است که نوع زایمان و گزینه های مربوط به علت سزارین تغییر داده شود.

تماس با ما

در صورت بروز هرگونه اشکال در ثبت داده در فرم یا سامانه به شماره تلفن زیر تماس گرفته یا به ایمیل زیر اطلاع دهید:
شماره تلفن کارشناس برنامه در وزارت بهداشت:

سرکار خانم مهندس زارعی ۰۲۱۸۱۴۵۴۹۰۰

دکتر حیدرزاده ۰۹۱۴۳۱۵۰۴۹۸

Heidarzadeh_۲۰۱۳@yahoo.com

پیوست:

انواع ناهنجاری های بدو تولد:

سیستم عصبی:

Anencephaly
Spina Bifida
Encephalocele
Meningomyelocele
Microcephaly
Holoprosencephaly
Hydrocephaly
Dandy-Walker Syndrome
Arnold Chiari Syndrome
Others

قلبی عروقی:

Transposition Large Vessels
Pulmonary Stenosis
Aortic Stenosis
Truncus Arteriosus
VSD
ASD
Tetralogy of Fallot
Hypoplastic Left Heart Syndrome
Coarctation of Aorta
Single Ventricle
Endocardial Cushion Defect
Multiple Cardiac Anomalies
Others

تنفسی:

Congenital Diaphragmatic Hernia
Choanal Atresia Bilateral
Sequestration
Laryngeal Atresia. Stenosis. Web
Eventration of Diaphragm
Cystic Adenomatous Malformation
Bronchogenic Cysts
Others

گوارشی:

Omphalocele
Gastroschisis
Esophageal Atresia/Stenosis With or Without Fistula
Small Intestine Atresia/Stenosis
Anorectal Atresia/Stenosis
Malrotation of Gut
Hirschsprung
Others

ادراری تناسلی:

Renal agenesis dysgenesis
Ambiguous Genitalia
Undescended Testis ($\geq 36w$)
Bladder Exstrophy
Renal ectopy
Posterior Urethral Valve
Hypospadias
Epispadias
Hydronephrosis
Multicystic Kidney
Others

اسکلتی عضلانی:

Reducing Limb
Polydactyly
Syndactyly
Club Foot
Osteogenesis Imperfecta
Achondroplasia
Others

پوست:

Skin Tag
Epidermolysis Bullosa
Hyperkeratosis
Others

چشم، گوش سر و گردن:

Cleft Lip With or Without Cleft Palate
Anophthalmos
Microphthalmos
Unspecified Anophthalmos/Microphthalmos

Anotia
Microtia
Unspecified Anotia Microtia
Hyperthelorum
Cataract
Glaucoma
Others

اختلالات کروموزومی:

Trisomy ۲۱ (Down's syndrome)

Trisomy ۱۸

Trisomy ۱۳

Prune Belly Sequence
VACTERAL Syndrome
CHARGE Association
Pier Robin Syndrome
Turner Syndrome
Others Mal Chrom

سایر موارد:

در صورت وجود ناهنجاری بدو تولد که در لیست فوق وجود ندارد، این قسمت تکمیل شود.