



کارت مراقبت مادران دربار داری و پس از زایمان

نام پزشک/ماما:.....

آدرس و تلفن مطب:.....

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

علائم خطر بارداری: خونریزی یا لکه بینی، تب و لرز، کاهش یا نداشتن حرکت جنین، تنگی نفس و تپش قلب، آبریزش یا خیس شدن ناگهانی، ورم دست ها و صورت یا تمام بدن، درد شکم و پهلوها و یا درد سردل، سردرد، تاری دید، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته، استفراغ شدید و مداوم یا خونی، عفونت، آبسه و درد شدید دندان)

علائم خطر پس از زایمان: خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، خروج ترشحات چرکی و بدبو از مهبل، درد و سوزش و ترشح از بخیه ها، درد و تورم سفتی پستان ها، درد شکم، پهلوی و قفسه سینه، تب و لرز، افسردگی شدید، درد و ورم یک طرفه ساق پا، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، عفونت آبسه و درد شدید دندان، سردرد و تاری دید

Social History:

نام و نام خانوادگی :	سال تولد:	تحصیلات:	کد ملی:
نام و نام خانوادگی همسر:	سال تولد:	تحصیلات:	کد ملی:

Risk Factors in Current Pregnancy:

HighRisk ☐
AtRisk ☐
Detail:

PreconceptionalCare☐
(date.....)

OB and Gyn. History:

G: P: Ab: L: D: (DeathDetail:.....) EP☐ Molar Pregnancy:☐

LMP: EDC: Height: Weight: BMI:

Pregnancy Type:Wanted:☐ Contraceptive Method:☐ VTE Score :☐
Unwanted: ☐

Pregnancy and Delivery History:

Year	Gestational Age	Delivery		Newborn				Complication	
		NVD	CS	Sex	Weight	Live	Death		
								<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"/> Post PartumInfection
								<input type="checkbox"/> Abruption	<input type="checkbox"/> Fetus Anomaly
								<input type="checkbox"/> Previa	<input type="checkbox"/> LBW/IUGR
								<input type="checkbox"/> Twin Pregnancy	<input type="checkbox"/> Macrosomia
								<input type="checkbox"/> IUFD	<input type="checkbox"/> Dystocia

Medical- Surgical and Familial History:

[illegible]

Surgical History:

Type Of Surgery:

Date:

Details:

Drug / Allergy/habit History:

Drug History:

Allergy History:

Smoking:

Immunization History:

TD: ☐

Hepatitis B: ☐

Rhogam: ☐

physical Examination:

[illegible]

Laboratory Test:

Date	CBC				U/A	U/C	Indirect Coombs	BG RH	FBS	BUN	Cr	HIV Ab	HBsAg	VDRL or RPR	OGTT GCT
	Hb	PLT	MCH	MCV											
	Screening(1):														
	Screening(2) :														

Reports of Ultrasound:

[illegible]

Antenatal Record:

Date	BP	Weight	FHR	GA	FH	Complications/Consultation Education/ Comment	Signature

شرکت در کلاس آمادگی زایمان: ☐ بله ☐ خیر

Current Delivery History:

تاریخ زایمان و سن بارداری: وزن و جنس نوزاد: نوع زایمان: محل زایمان:

Postpartum Care:

[illegible]