



سامانه مادر و نوزاد ۹۵

شماره پرونده مادر:

اداره سلامت نوزادان

نام و نام خانوادگی مادر:		ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی شماره ملی مادر:	
در صورت فقدان کد ملی در مادر ایرانی: شماره شناسنامه:		علت فقدان کد ملی/ شماره شناسنامه: <input type="radio"/> پدر غیر ایرانی <input type="radio"/> بی خانمان <input type="radio"/> ازدواج غیر رسمی	
در صورت ملیت غیر ایرانی: شماره پاسپورت:		شماره کارت اقامت:	
محل تولد:		نام پدر:	
نام و نام خانوادگی پدر:		ملیت پدر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی شماره ملی پدر:	
نام و نام خانوادگی مادر:		ملیت مادر: <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/> غیر ایرانی شماره ملی مادر:	
نوع بیمه: <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> خدمات درمانی <input type="radio"/> نیروهای مسلح <input type="radio"/> کمیته امداد <input type="radio"/> سایر بیمه ها <input type="radio"/> سلامت ایرانیان <input type="radio"/> فاقد			
میزان تحصیلات: <input type="radio"/> بیسواد <input type="radio"/> ابتدایی <input type="radio"/> راهنمایی/متوسطه ۱ <input type="radio"/> دبیرستان/متوسطه ۲ <input type="radio"/> فوق دیپلم تا فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/> سایر:			
آدرس محل زندگی: استان:		شهرستان:	
بخش:		شهر/روستا:	
تاریخ تولد مادر:		نسبت خویشاوندی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد تعداد قل:	
تعداد بارداری (G):		تعداد زایمان قبلی (P):	
تعداد سقط (Ab):		تعداد فرزند زنده (از حاملگی های قبلی):	
مرگ نوزاد قبلی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر		سابقه مرده زایی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
تجویز کورتیکواستروئید: <input type="radio"/> کامل <input type="radio"/> ناقص <input type="radio"/> نگرفته است			
عوامل خطر بارداری: <input type="checkbox"/> عامل خطر ندارد <input type="checkbox"/> فشارخون مزمن <input type="checkbox"/> پره اکلامپسی/اکلامپسی <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> بیماری تیروئید <input type="checkbox"/> آنمی در زمان بستری <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> دیابت غیر بارداری <input type="checkbox"/> سیگار مادر در بارداری اخیر <input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر یا دارو <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> VDRL+ <input type="checkbox"/> هپاتیت B <input type="checkbox"/> هپاتیت C <input type="checkbox"/> کوریوآمینیویت <input type="checkbox"/> عفونت ادراری تناسلی <input type="checkbox"/> سایر بیماری های زمینه ای مادر:			
عوامل خطر زایمانی: <input type="checkbox"/> عامل خطر ندارد <input type="checkbox"/> پارگی زودرس کیسه آب - مدت:		ساعت:	
<input type="checkbox"/> ضربان قلب جنینی مختل <input type="checkbox"/> سایر موارد:			
عوارض زایمان: <input type="radio"/> عوارضی وجود ندارد <input type="radio"/> پارگی درجه ۳ و ۴ <input type="radio"/> دریافت خون و فرآورده های آن <input type="radio"/> سایر:			
مداخله های حین زایمان: <input type="radio"/> مداخله ای نشده <input type="radio"/> اپی زوتومی <input type="radio"/> القای زایمان <input type="radio"/> تقویت دردهای زایمان <input type="radio"/> زایمان با فورسپس یا واکيوم			
سرانجام مادر تا ۲ ساعت بعد از زایمان: <input type="radio"/> انتقال به بخش پس از زایمان <input type="radio"/> انتقال به اتاق عمل <input type="radio"/> انتقال به بخش مراقبت ویژه <input type="radio"/> فوت در محل زایمان			
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول زایمان:		شماره نظام پزشکی:	
عامل زایمان:		شماره نظام پزشکی/مامایی:	

مشخصات نوزاد

تاریخ تولد نوزاد:		ساعت تولد:	
جنسیت: <input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مونث <input type="radio"/> مبهم		مرتب به تولد:	
وزن (گرم):		دور سر (سانتی متر):	
قد (سانتی متر):		IUGR: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
سن بارداری:		نوع زایمان: <input type="radio"/> واژینال <input type="radio"/> سزارین	
آیا زایمان واژینال از نوع وی بک بوده است؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
علت سزارین: <input type="radio"/> سزارین قبلی و سابقه میومکتومی <input type="radio"/> عدم چیشرفت (لیبر غیر طبیعی) <input type="radio"/> زجر جنینی <input type="radio"/> پوزانسیون غیر طبیعی <input type="radio"/> مشکلات جفت و بند ناف <input type="radio"/> عدم تناسب سر با لگن <input type="radio"/> فشار خون بالای مادر <input type="radio"/> به درخواست مادر <input type="radio"/> سایر علل تعریف نشده			
عمل زایمان: <input type="radio"/> متخصص زنان <input type="radio"/> ماما <input type="radio"/> پزشک عمومی <input type="radio"/> ماما روستا/بهورز ماما <input type="radio"/> ماما محلی <input type="radio"/> سایر			
مکان زایمان: <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> واحد تسهیلات زایمانی <input type="radio"/> منزل <input type="radio"/> در مسیر انتقال <input type="radio"/> سایر			
پیشرفت عملیات احیا: <input type="radio"/> نیازی به احیا نداشته است <input type="radio"/> گام های نخستین احیا <input type="radio"/> PPV <input type="radio"/> فشردن قفسه سینه <input type="radio"/> تجویز دارو <input type="radio"/> تجویز CPAP: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
درصد اکسیژن هنگام شروع عملیات احیا: <input type="radio"/> هوا <input type="radio"/> اکسیژن با بلندر <input type="radio"/> اکسیژن ۱۰۰٪ <input type="radio"/> نامشخص		لوله گذاری تراشه برای تهویه: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر	
نمره آپگار دقیقه اول:		نمره آپگار دقیقه پنجم:	
سیستم عصبی: <input type="checkbox"/>		اسکتلی عضلانی: <input type="checkbox"/>	
قلبی عروقی: <input type="checkbox"/>		پوست: <input type="checkbox"/>	
تنفسی: <input type="checkbox"/>		چشم، گوش سر و گردن: <input type="checkbox"/>	
گوارشی: <input type="checkbox"/>		اختلالات کروموزومی: <input type="checkbox"/>	
ادراری تناسلی: <input type="checkbox"/>		سایر موارد: <input type="checkbox"/>	
فرجام نوزادی: <input type="radio"/> انتقال به بخش هم اتاقی مادر <input type="radio"/> انتقال به بخش بستری نوزاد <input type="radio"/> انتقال NICU <input type="radio"/> مرده زایی <input type="radio"/> فوت نوزاد			
در صورت مرگ نوزاد در اتاق زایمان: تاریخ:		ساعت:	
مراقبت تسکینی: <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر			
در صورت مرگ داخل رحمی: تاریخ:		ساعت:	
زمان فوت: <input type="radio"/> قبل از زایمان <input type="radio"/> در طی زایمان <input type="radio"/> نامشخص			
علت اصلی مرگ: <input type="radio"/> ناهنجاری بدو تولد <input type="radio"/> آسفیکسی <input type="radio"/> نارسی (GA<26w) <input type="radio"/> سندرم دیسترس تنفسی (RDS) <input type="radio"/> عفونت <input type="radio"/> سایر موارد:			

این صفحه در وب سایت به ثبت رسید مهر و امضاء ماما:

مهر و امضاء پزشک معالج: