**فرم ثبت اطلاعات زایمان درخارج از بیمارستان**

- نحوه مواجهه شما با تولد نوزاد: O زایمان در این تسهیلات زایمانی/ کلینیک/ پایگاه بهداشتی توسط فرد دوره دیده

O مراجعه به پایگاه بهداشتی بعد از زایمان در منزل / بین راه / آمبولانس

- محل سکونت : O روستایی O شهری

- ملیت مادر : Oایرانی O غیرایرانی کدملی : تاریخ تولد مادر : (مثال 26/08/1365 ) ...........................

O باکارت ملی : O بدون کارت ملی : O فاقد کد ملی سال تولد : (مثال1365) ................ تابعیت مادر غیر ایرانی : (مثال افغانی) ....................

- تعدادقل .......... چندقلو : Oدارد Oندارد نسبت خویشاوندی : نام ونام خانوادگی مادر :

-محل سکونت مادر: Oشهر Oروستا Oعشایر استان محل زندگی : شهرستان محل زندگی : روستای محل زندگی:

شماره تماس مادر یا همسر : (حتما قید گردد )...........................

-نوع بیمه مادر: O تامین اجتماعی O خدمات درمانی O نیروهای مسلح Oکمیته امداد امام خمینی Oسایر بیمه ها Oسلامت ایرانیان Oسایر Oندارد

-میزان تحصیلات : O بیسواد Oابتدایی Oنهضت سواداموزی Oسوادخواندن ونوشتن O راهنمایی Oکمتراز دیپلم Oدیپلم وپیش دانشگاهی O فوق دیپلم Oلیسانس

Oفوق لیسانس Oدکترای تخصصی Oپزشک عمومی Oسواد حوزوی Oبدون پاسخ

-شرکت در کلاسهای امادگی برای زایمان : Oبله Oخیر - تعداد جلسات : ............... محل جلسات : Oمراکز بهداشتی Oبیمارستان Oمراکز مشاوره خدمات مامایی Oمطب متخصص زنان / دفاتر کار مامایی

-ایامادر مراقبت یک به یک دریافت کرده است ؟ Oبله Oخیر -ایامادر همراه داشت ؟ Oبله Oخیر همراه مادر؟ O بستگان همجنس Oهمسر Oماماهمراه

-تعدادبارداری ............... تعداد زایمان قبلی ................ تعداد سقط ............... تعداد فرزند زنده (از حاملگی قبلی) .................

-مرگ نوزادقبلی Oبله Oخیر سابقه مرده زایی Oبله Oخیر تاخیر رشد داخل رحمی دراین بارداری Oبله Oخیر

بارداری با روش مصنوعی : O بله O خیر تجویز کورتیکواستروئید: Oکامل Oناقص O نگرفته است Oنامشخص

-ایاتست HIV دردوران بارداری انجام شده است ؟ Oبله Oخیر -ایارپید تست HIV دراتاق زایمان انجام شده است؟ Oبله O خیر -نتیجه تست : Oبله Oخیر

عوامل خطر بارداری: Oبله Oخیر بیماری مادر : Oفشارخون مزمن Oبیماری قلبی Oبیماری اتوایمیون Oدیابت پیش ازبارداری Oاختلالات تیروئید Oبیماری اعصاب وروان

Oهموگلوبین کمتراز 7درزمان بستری Oبی اختیاری ادرار قبلی Oبی اختیاری مدفوع یا گاز قبلی

-عفونت : O هپاتیت B Oکوریو امنیونیت O پیلونفریت Oسیفلیس یاVDRL

-بیماری ناشی از بارداری : O دیابت بارداری Oپره اکلامپشی/اکلامپشی Oبی اختیاری ادرار دربارداری فعلی O بی اختیاری مدفوع در بارداری فعلی

-سوء مصرف مواد : O سيگار و دخانيات در بارداري اخیر O اعتیاد مادر به مواد مخدر O اعتیاد مادر به داروهای روانگردان O مشروبات الکلی در دوران بارداری

- عوامل خطر زایمانی: Oبله O خیر O پارگی زودرس کیسه آب بیشتر از 18 ساعت O دکلمان جفت O آغشتگی به مکونیوم O چسبیدگی غیرطبیعی جفت  O ضربان قلب جنینی مختل O زایمان زودرس

-عوارض زایمان: Oبله O خیر O دیستوشی شانه O پارگی درجه 3 و 4

- مداخله های حین زایمان : O بله Oخیر O استفاده از فورسپس یا واکیوم O تقویت دردهای زایمان O اپی زیوتومی

- سرانجام مادر تا 2 ساعت بعد زایمان: O فوت در محل زایمان O انتقال مادر به بیمارستان O انتقال به بخش پس از زایمان

-عامل زایمان : Oماما Oپزشک عمومی Oماماروستا(بهورزماما) Oفرددوره ندیده Oتکنسین اورژانس Oسایر افراد ..........................

مشخصات نوزاد

-تاریخ تولد نوزاد: مثال (02/01/1399) ............... ساعت تولد : (مثال 11:02) .............. جنسیت : O مذکر Oمونث Oمبهم مرتبه تولد : .......

-وزن(گرم): ................ دور سر(سانتی متر): (اعشار وارد شود) ............. قد(سانتیمتر) : ............ سن بارداری: .................

-پرزانتایون: O سفالیک O بریچ Oعرضی O صورت -سابقه سزارین : Oبله Oخیر تعداد سزازین قبلی :........ مکان زایمان : O منزل O درمسیرانتقال O سایر

- پیشرفت عملیات احیا O نیازی به احیا نداشته است O تهویه با آمبوبگ O فشردن قفسه سینه O تجویز دارو لوله گذاری تراشه برای تهویه : O بلی Oخیر

- تماس پوست به پوست در ساعات اول: O انجام نشد O کمتر از یک ساعت تماس O یک ساعت یا بیشتر تماس پوست یه پوست

-تغذیه زیر سینه مادر در ساعت نخست : O بلی Oخیر

-نمره آپگار دقیقه اول :............... نمره آپگار دقیقه 5 : ................. - ناهنجاری بدو تولد ( ارثی ) : ................

-فرجام نوزاد : Oنزد مادر Oمرده زایی O فوت نوزاد O انتقال به بیمارستان دیگر O رضایت شخصی

نام ونام خانوادگی فرد تکمیل کننده : تاریخ تکمیل : شماره تماس فرد تکمیل کننده :