**فرم گزارش مادران باردارنیازمن مراقبت ویژه**

**پایگاه پزشک خانواده پایگاه سلامت...... مرکز بهداشتی درمانی............. نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم........ تاریخ...**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** |  **کد ملی****تاریخ تولد** | **جدید****(اولین بار امارارسال میگردد)** | **تکراری****(درامارهای قبلی بوده اند)** | **شماره تماس(حداقل 2شماره)** |  **LMP** **GA**  | **مشکل فعلی مادر**  |  **GPALD** | **سوابق بیماریهای داخلی/نام داروی مصرفی** | **سابقه جراحی****(تعداد سزارین های قبلی)** | **حساسیت دارویی(نام دارو)** |  **آخرین وضعیت مادر BP)-ارجاعات-ازمایشات و...)** |  **آدرس دقیق محل سکونت** | **نام پزشک خانواده/ مراقب سلامت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*درستون آخرین وضعیت مادر،آخرین مراقبت مادر،مقدار فشارخون، نتیجه آخرین آزمایش، نتیجه ارجاع به متخصص مربوطه ،نتیجه ارجاع به کارشناس تغذیه یا روان مشخص گردد**

**\*کلیه مادران پرخطر بایستی بموقع پیگیری ونتایج پیگیری به صورت کتبی یا تلفنی به واحد سلامت خانواده گزارش گردد.**

**\*درصورت بستری شدن مادران پرخطر دربیمارستان بایستی دراسرع وقت به واحد سلامت خانواده گزارش گردد.**

**\*مادران پرخطر اتباع بیگانه نیز با همین فرم گزارش گردند.(درصورت داشتن کارت اقامت شماره کارت درقسمت کد ملی ثبت گردد)**

**\* ثبت دقیق فشارخون مادرانی که اولین بار اسامی انها ارسال میگردد ضروری میباشد.**