

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده:	Unit Number:
---------------	--------------

شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living child: نوزاد زنده	Abortion: تعداد سقط:	Para: تعداد زایمان:	Gravida: تعداد حاملگی:
Dead Child: نوزاد مرده	Still birth: تعداد مرده زایی:		
LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age: سن بارداری:	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:	LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:
	by Sonography: با سونوگرافی:		
Childbirth preparation class: شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:	Prenatal care: انجام مراقبت های بارداری:		
No: خیر	Yes: بله	No: خیر	Yes: بله
Cause: علت:	Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:		
	No: خیر		
	Yes: بله		

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Heart dis: بیماری قلبی
	Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی
Infertility & ART	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
HbsAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز			Other: سایر:

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family history: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

Fetus Malformation: جنین ناهنجار	dystocia: زایمان سخت	post partum hemorrhage: خونریزی پس از زایمان	Birth weight > 4000 gr: نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم
	Vacuum or forceps delivery: زایمان با فورسپس یا واکيوم	Preterm labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:	Post term labor: زایمان پس از موعد		Birth weight < 2500 gr: نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم
If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:			Other: سایر:

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: Current Medications & Addiction History

داروهای در حال مصرف	Current Medications
حساسیت دارویی	Drug sensitivity
وابستگی به مواد مخدر/ سیگار	Addiction/ cigarette

معاینات بدنی و بررسی های بالینی Physical Examination & Clinical Investigation

Vital Sign

علائم حیاتی:

فشارخون:	BP:	نبض:	PR:	درجه حرارت:	T:	تنفس:	RR:
----------	-----	------	-----	-------------	----	-------	-----

زمان شروع درد:	Onset of labor pain:	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	FHR:	تخمین وزن جنین:	Weight estimate:
----------------	----------------------	--------------------------------	------	-----------------	------------------

Vaginal exam

معاینه واژینال:

دیلاتاسیون:	Dilatation:	افاسمان:	Effacement:	جایگاه جنین:	Station:	نمایش جنین:	Presentation:
وضعیت:	Position:	خونریزی	Bleeding:	دارد	Yes	ندارد:	No
وضعیت کیسه آب	Amniotic membrane:	زمان پارگی:	Time of rupture:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid:		

گروه خون و ارهانش:	Blood Group & Rh:	قد:	Height:	وزن:	Weight:
ارهانش همسر (در صورت منفی بودن ارهانش مادر):	Partner's Rh:				

Physical Examination:

معاینه فیزیکی:

Eyes:	<input type="checkbox"/>	چشم:	<input type="checkbox"/>
Nose:	<input type="checkbox"/>	بینی:	<input type="checkbox"/>
Mouth:	<input type="checkbox"/>	دهان:	<input type="checkbox"/>
Throat:	<input type="checkbox"/>	گلو:	<input type="checkbox"/>
Neck:	<input type="checkbox"/>	گردن:	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes:	<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/>
Chest:	<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:	<input type="checkbox"/>
Breast:	<input type="checkbox"/>	پستان:	<input type="checkbox"/>
Heart:	<input type="checkbox"/>	قلب:	<input type="checkbox"/>
Lung:	<input type="checkbox"/>	ریه:	<input type="checkbox"/>
Vessels:	<input type="checkbox"/>	عروق:	<input type="checkbox"/>
Abdomen:	<input type="checkbox"/>	شکم:	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):	<input type="checkbox"/>
Rectum:	<input type="checkbox"/>	مقعد:	<input type="checkbox"/>
Nervous System:	<input type="checkbox"/>	اعصاب:	<input type="checkbox"/>
Extremities:	<input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):	<input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles:	<input type="checkbox"/>	استخوان- مفاصل- عضلات:	<input type="checkbox"/>

Summary خلاصه

Primary Diagnosis تشخیص اولیه

Name Of Examining Physician :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

ثبت پیشرفت زایمان

Labor Progress Record

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			
			Date تاریخ
			Time ساعت
			FHR قلب جنین
			شدت Intensity فاصله Frequency مدت Duration Uterus contraction انقباضات رحمی
			Dilatation دیلاتاسیون
			Effacement افاسمان
			Station ایستگاه
			عضو نمایش Presentation
			وضعیت Position
			کیسه آب Amniotic Membrane
			دستورات دارویی Medication Order
			اکسی توسین / میزوپروستول Oxytocin/misoprostol
			تعداد قطره / مقدار Dose/Drop in min
			P تعداد نبض
			BP فشارخون
			RR تعداد تنفس
			T درجه حرارت
			نام و نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

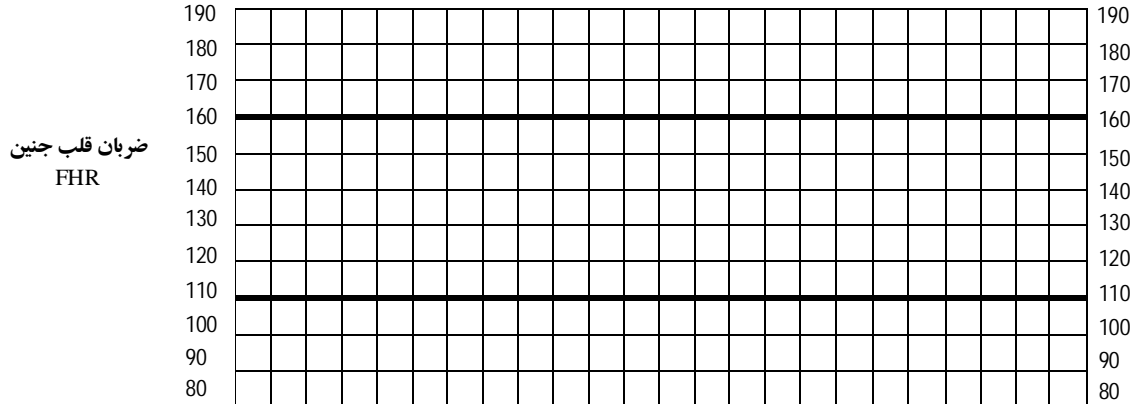
روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

Method :	نوع روش :
Onset of Pain management	ساعت شروع :
Duration	مدت زمان استفاده:
Labor support :	حضور همراه: بله : Yes خیر : No
توضیحات:	

پارتوگراف
Partograph Chart

Unit Number: شماره پرونده:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				

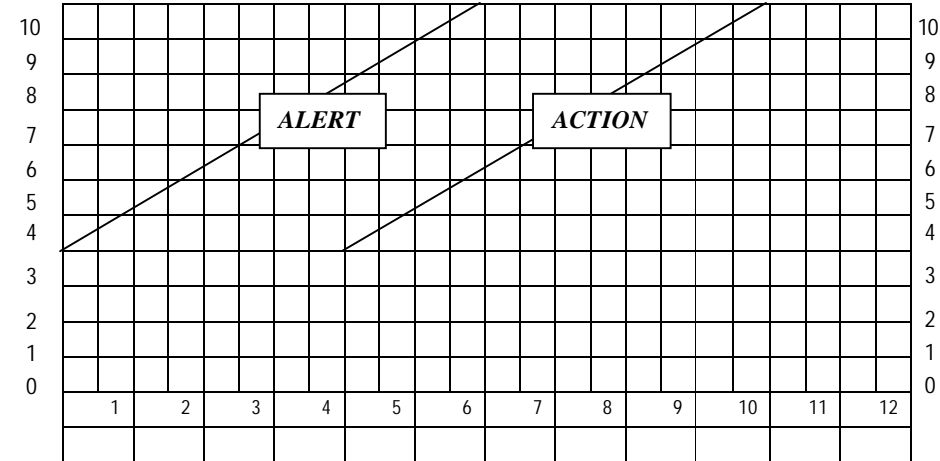


وضیعت کیسه آب و
مایع آمنیوتیک
Membranes &
Amniotic Fluid

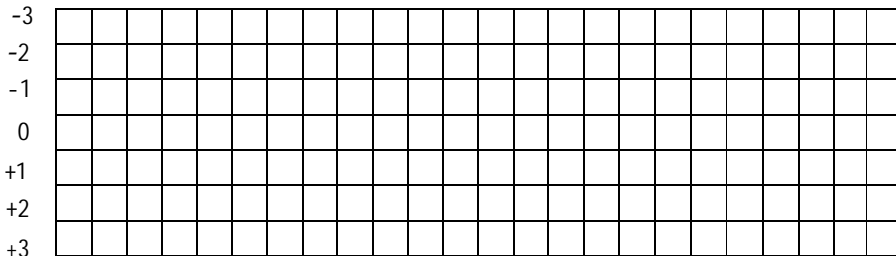


دیلاتاسیون
Dilatation

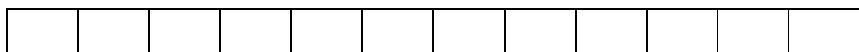
ساعت
Time



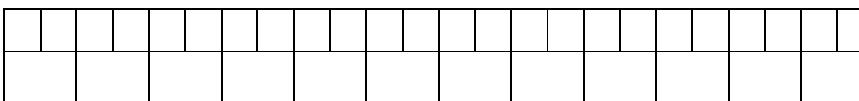
نزول سر جنین
Descend



انقباض / 10 دقیقه
Contraction / 10min

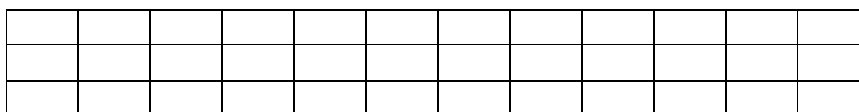


اکسی توسین (قطره/دقیقه)
Oxy. (drop/min)



داروهای مصرفی

فشارخون
BP
نبض
PR
درجه حرارت
T



امضا
Sign



شماره پرونده: Unit Number:

زایمان

Delivery

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:	Time: ساعت:	

Placenta expulsion : ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time: تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion : خروج جفت و پرده ها: Incomplete ناقص Complete کامل	Position of delivery : وضعیت زایمان upright Lithotomy لیثاتومی
No: خیر: Yes: بله Episiotomy/ اپی زیاتومی: در صورت پارگی، درجه آن: 1 2 3 4	Delivery Method روش زایمان Instrumented delivery واژینال با وسیله Vaginal واژینال Cesarean سزارین VBAC واژینال بعد از سزارین
If Laceration, degree of that: Dead/مرده Alive/زنده تعداد نوزاد/No Apgar at 5/ آپگار دقیقه پنجم Apgar at 1/ آپگار دقیقه اول	Infant Sex جنس نوزاد Ambiguous مبهم Male پسر Female دختر
Midwife/ماما	Physician/پزشک
توضیحات ضروری:	

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	نوع دارو	نوع دارو	Dose & time	نوع دارو
	پروستاگلاندین F _{2α}	Prostaglandin F _{2α}		اکسی توسین Oxy.
	میزوپروستول Misoprostol	Misoprostol		مترژن Methergine
	سایر: Other	Other		آنتی بیوتیک Antibiotic

مراقبت 2 ساعت اول پس از زایمان..... Post partum care (2 hour)

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)	ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)	Time
		ساعت
		حال عمومی General appearance
		میزان خونریزی Bleeding
		وضعیت رحم Uterine
		وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum & Suture
		وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
		فشارخون Blood Pressure
		درجه حرارت Temperature
		تعداد نبض Pulse
		تعداد تنفس Respiratory Rate
		نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

مادر در تاریخ ساعت با فشارخون نبض وضعیت رحم میزان خونریزی حال عمومی به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت.

شماره پرونده: Unit Number:

مراقبت پس از زایمان
Post partum care

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

هر 6 ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (3-6 hours)				
					ساعت Time
					حال عمومی و سطح هوشیاری Appearance & Consciousness
					میزان خونریزی Bleeding
					وضعیت رحم Uterus
					وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum
					فشارخون Blood Pressure
					وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
					درجه حرارت Temperature
					تعداد نبض Pulse
					تعداد تنفس Respiratory Rate
					میزان برون ده ادراری Urine Output
					داروهای مصرفی Medicines
					نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

نتایج آزمایش های قبل از ترخیص.....
 Result of Lab before discharge.....
 هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه.....
Education & recommendation.....

Contraception روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign علامت خطر مادری	New born danger sign علامت خطر نوزادی	New born care مراقبت از نوزاد
Next visit date زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی reast feeding/ Breast care/ Using drug

Helping mother for second breast feeding date & time :

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر:

Name & Signature :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده

Discharge Date & Time :

تاریخ و ساعت ترخیص :

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

تزریق سولفات منیزیم
Magnesium Sulfate Injection

ID Number: : کد ملی:	Ward: : بخش:	First Name: : نام:	Family name: : نام خانوادگی:
Attending physician: : پزشک معالج:	Room: : اتاق:		
Date of Admission : تاریخ پذیرش:	Bed: : تخت:	Date of Birth: : تاریخ تولد:	Father Name: : نام پدر:
Time: : ساعت:			

نام و امضاء مراقبت کننده Name & Signature	تعداد تنفس RR	نبض PR	فشار خون BP	برون ده ادراری Urine Output	مایعات دریافتی Fluid Intake	وجود رفلکسی پتالار Patellar Ref.	طریقه مصرف IM/IV	مقدار دارو Dose of Drug	ساعت Time	تاریخ Date

**ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی
 در بارداری و پس از زایمان**

شماره پرونده: Unit Number:

Risk assessment for venous thromboembolism(VTE)

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش: ساعت:	Bed:	تخت:				

عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی	
Previous venous thromboembolism (VTE)	سابقه ترومبوآمبولی وریدی
Heritable thrombophilia	ابتلا به ترومبوفیلی ارثی
Acquired thrombophilia (Antiphospholipid antibody)	ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)

سایر عوامل خطر

شرایط عمومی و بارداری فعلی		
Intravenous drug user اعتیاد تزریقی	استعمال دخانیات بیش از 10 سیگار در روز Smoking > 10 Cigarettes/day	Age > 35 years سن بیش از 35 سال
Gross Varicose Veins وریدهای واریسی	Paraplegia/Wheelchair user	فلج/ استفاده از صندلی چرخدار
چاقی (BMI بیشتر از 30) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از 80 کیلوگرم		
Obesity (BMI >= 30 kg/m ²) either prepregnancy or early pregnancy/ weight >80 kg		
Admission or Immobility (≥ 3 days) بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از 3 روز استراحت در بستر)		
OHSS سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان	Multiple pregnancy چندقلوبی	Parity ≥ 3 زایمان سوم یا بیشتر
ART بارداری با روشهای کمک باروری	Hyperemesis gravidarum استفراغ شدید بارداری	Dehydration دهیدراتاسیون
ابتلا به بیماریها		
Pneumonia پنومونی	Lung disease بیماری ریوی	Heart disease بیماری قلبی
SLE لوپوس	Cancer سرطان	Pyelonephritis پیلونفریت
Current Systemic Infection عفونت سیستمیک کنونی		Sickle cell disease بیماری سایکل سل
Nephrotic syndrome (proteinuria >=3g/day) سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از 3 گرم در روز)		
Inflammatory Conditions (inflammatory bowel disease or inflammatory polyarthropathy) التهابها (بیماری التهابی روده، پلی آرتروپاتی التهابی)		
شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان		
Pre-eclampsia پره اکلامپسی	Caesarean سزارین (اورژانس یا غیر اورژانس)	Prolonged Labor (≥24 hours) لیبر طولانی (بیشتر از 24 ساعت)
Postpartum infection عفونت پس از زایمان	Mid-cavity rotational operative delivery زایمان با فورسپس بالا	Blood transfusion تزریق خون
Postpartum sterilization بستن لوله ها (پس از زایمان طبیعی)	Evacuation of retained products of conception کورتاژ	Postpartum Hemorrhage (≥ 1 litre) خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر
Any surgical procedure in pregnancy or <= 6 weeks postpartum هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا 6 هفته)		

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

Date & time فرم تکمیل فرم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Mother's ID Number : کد ملی مادر:	شرح حال نوزاد بدو تولد NEWBORN BIRTH HISTORY	Mother's Unit Number: شماره پرونده:
-----------------------------------	---	-------------------------------------

Mother's date of birth : تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name : نام خانوادگی مادر:
Consanguinity : نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Familyname: پدر: نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD : پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality : ملیت مادر:	Father's Nationality : ملیت پدر:

Mother's Medical History..... تاریخچه پزشکی مادر.....

Delivery Method : روش زایمان	Gestational age (week) : سن بارداری به هفته:	Gravidity : تعداد حاملگی:	
Vaginal Delivery : واژینال	by sonography : سن بارداری با سونوگرافی:	Parity : تعداد زایمان:	
Instrumented delivery : واژینال با وسیله	3	Abortion : تعداد سقط:	.1
VBAC : واژینال بعد از سزارین	by LMP: : سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth : تعداد مرده زایی:	
Cesarean : سزارین	EDC : تاریخ احتمالی زایمان:		

Cause of cesarean علت سزارین

Hypertension : فشارخون بالا	Fetal distress : زجر جنین	Abnormal labor : لیبر غیر طبیعی	Repeated Cesarean : سزارین قبلی
Cephalopelvic disproportion : عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean : خواست مادر	Malposition of fetus : نمایش غیرطبیعی	Placenta & Umbilical cord Disorders : مشکلات جفت و بندناف
Others : سایر			

Hypertension : فشارخون بالا	Diabetes : دیابت	Genito-urinary infections : عفونت های ادراری - تناسلی	
Others : سایر	Hereditary disease in family : بیماری ارثی در خانواده	Thyroid : بیماری تیروئید	

Drug or substance abuse. : سوء مصرف مواد و داروها

Duration : مدت مصرف:	Drug : نام دارو:	drugs before pregnancy : مصرف داروی خاص پیش از بارداری	
----------------------	------------------	--	--

Duration : مدت مصرف:	Drug : نام دارو:	drugs during pregnancy : مصرف داروی خاص حین بارداری	
----------------------	------------------	---	--

Drug : نام دارو:	Drug Sensitivity : حساسیت دارویی	
------------------	----------------------------------	--

Drugs during labor & delivery : مصرف دارو حین لیبر و زایمان:

Others : سایر	Corticosteroid : کورتیکواستروئید	Narcotic : داروی مخدر	MgSo4 : سولفات منیزیم
---------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Detail of the birth..... اطلاعات تولد.....

Time & Date rupture of membrane	تاریخ و ساعت پارگی پرده ها
---------------------------------	----------------------------

Amniotic fluid : وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid volume : حجم مایع آمنیوتیک:
Bloody : خونی	Normal : طبیعی
Meconium : مکنونیومی	Oligohydramnios : اولیگو هیدرآمنیوس
Clear : شفاف	Polyhydramnios : پلی هیدرآمنیوس

Newborn's time of birth : ساعت تولد نوزاد:	Newborn's date of birth : تاریخ تولد نوزاد:
--	---

plurality : تعداد قل:	Newborn Sex : جنس نوزاد:
Birth Order: : رتبه قل:	Ambiguous : مبهم
	Male : پسر
	Female : دختر

Skin to skin contact Duration: : مدت تماس پوست با پوست:	Urinating after birth : دفع ادرار بعد از تولد
Breast Feeding in first hour : تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد	Defecation after birth : دفع مدفوع بعد از تولد

Cord blood sample : نمونه خون شریان بندناف

Congenital Anomaly وجود ناهنجاری بدو تولد:

Nervous system : سیستم عصبی	Neural tube disorders : نقص لوله عصبی	No Anomaly : ناهنجاری ندارد
Down Syndrome : سندرم داون (تریزومی 21)	Hands & Feet : دستها و پاها	Genito-urinary : دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه
Cleft lip/palate : شکاف لب/شکاف کام	Other's Chromosomal anomalies : سایر ناهنجاری های کروموزومی	
Ear & eye : گوش و چشم	Musculoskeletal : عضلانی و اسکلتی	Cardiovascular : قلبی و عروقی
Others Non determined : سایر ناهنجاری های تعریف نشده	Face & Neck : صورت	

جدول آپگار
APGAR Score

20 دقیقه	15 دقیقه	10 دقیقه	5 دقیقه	1 دقیقه	2	1	0	نشانه Sign
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزاتنهاها Acrocyanotic	سیانوزه یا رنگ ریده Blue or pale	رنگ Color
					بیشتر از 100 در دقیقه >100 bpm	کمتر از 100 در دقیقه < 100 bpm	ندارد Absent	ضربان قلب Heart rate
					گریه و واکنش فعال Cry & active Withdrawal	تغییر چهره Grimace	پاسخ نمی دهد No response	واکنش به تحریک Reflex irritability
					حرکت فعال Active motion	فلکسیون مختصر Some flexion	شل Limp	تون عضلانی Muscle tone
					خوب، گریه می کند Good, Crying	گریه ضعیف، تنفس کم Weak cry & Hypoventilation	وجود ندارد Absent	تنفس Respiration
جمع								
resuscitation						توضیحات:		
20	15	10	5	1	Minutes			
					Oxygen			
					PPV/NCPAP			
					لوله گذاری داخل ETT			
					فشردن قفسه سینه Chest Compression			
					اپی نفرین Epinefrine			
The doctor birth Signed & sealed					مهرو امضای پزشک مسئول زا یمان			
					Birth midwife/physician Signed & sealed			
					مهرو امضای عامل زایمان			



اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

اثر پای چپ نوزاد (Left) Newborn Foot Print

اثر پای راست نوزاد (Right) Newborn Foot Print

--	--

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

**Physical Examination &
Clinical Investigation of Newborn**

Mother's ID Number : کد ملی مادر:

Mother's Unit Number: شماره پرونده:

Mother's date of birth : تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name : نام خانوادگی مادر:
Consanguinity : نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Family name : نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD : پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality : ملیت مادر:	Father's Nationality : ملیت پدر:

اولین معاینه Exam 1 st		Vital Signs علائم حیاتی
غیر طبیعی Abnormal	طبیعی Normal	
		Skull & Fontanel : جمجمه و ملاج ها
		Skin : پوست
		Head & Neck & Face : سر و گردن و صورت
		Chest & Respiratory : قفسه سینه و تنفس
		Heart : قلب
		Abdomen : شکم
		Genital Organ : دستگاه تناسلی
		Extremities : اندام ها
		Spain : ستون مهره ها
		Anus : مقعد
		Birth trauma : صدمات زایمانی
		Congenital Anomaly : ناهنجاریهای بدو تولد
		Others : سایر موارد
		Urination : دفع ادرار
		Defecation : دفع مدفوع
		Reflexes : رفلکس ها

Signed & sealed : مهر و امضای معاینه کننده - Time & Date exam: تاریخ و ساعت معاینه:

Time & Date transfer : تاریخ و ساعت تحویل نوزاد

Signed & sealed : مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد

Signed & sealed : مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد

وزن به گرم: Birth weight (gr) - قد به سانتی متر: Height (cm) - دور سر به سانتی متر: Head Circumference (cm)	
سن به هفته: Birth age (week)	
علائم حیاتی Vital Signs	نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR: نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:
اولین معاینه Exam 1st	دومین معاینه Exam 2nd
طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal
طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal
جمجمه و ملاحظه ها Skull & Fontanel	
پوست Skin	
سر و گردن و صورت Head & Neck & Face	
قفسه سینه و تنفس Chest & Respiratory	
قلب Heart	
شکم Abdomen	
دستگاه تناسلی Genital Organ	
اندام ها Extremities	
ستون مهره ها Spine	
مقعد Anus	
صدمات زایمانی Birth trauma	
ناهنجاریهای بدو تولد Congenital Anomaly	
سایر موارد Others	
دفع ادرار Urination	
دفع مدفوع Defecation	
رفلکس ها Reflexes	
تغذیه با شیر مادر : Breastfeeding :	مطلوب Desirable
استفراغ : Vomiting :	نامطلوب Undesirable
تب : Fever :	مطلوب Desirable
بیقراری : Agitation :	نامطلوب Undesirable
سایر موارد Other	مطلوب Desirable
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:	تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:
مهر و امضا پزشک: Physician Signed:	مهر و امضا پزشک: Physician Signed: