|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هیسترکتومی هنگام زایمان**   |  |  | | --- | --- | | **بخش اول: مشخصات دموگرافیک** | | | **ردیف** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **دانشگاه** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **شهرستان** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **بیمارستان** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **سن** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **ملیت** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **وضعیت تاهل** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **وضعیت اشتغال** | http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif | | **وزن به کیلوگرم** | **http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif** | | **قد به متر** | **http://www.health.gov.ir/_layouts/inc/MergedImage1.gif** | | **BMI** | **NaN** | | **بخش دوم: سوابق بارداری** | | | **تعداد بارداری** |  | | **تعداد پاریتی** |  | | **تعداد سقط** |  | | **وجود هر گونه مشکل در بارداری قبلی** |  | | **سابقه سزارین های قبلی** |  | | **تعداد سزارین های قبلی** |  | | **آیا زایمان قبلی سزارین بوده است؟** |  | | **بخش سوم: سوابق طبی** | | | **وجود مشکلات طبی فعلی و یا سابقه مشکلات طبی در گذشته** |  | | **انجام جراحی قبلی روی رحم ( در صورت پاسخ بلی مورد را اضافه کنید.):** |  | | **سابقه تخلیه بقایای بارداری(D&E)؟** |  | | **سابقه دیلاتاسیون و کورتاژ( D&C)؟** |  | | **سابقه ختم جراحی بارداری زیر 24 هفته(هیستروتومی)؟** |  | | **سابقه پرفوراسیون رحمی** |  | | **بخش چهارم: وضعیت بارداری فعلی** | | | **تاریخ احتمالی زایمان(EDC):** |  | | **استعمال دخانیات** |  | | **آیا این بارداری چند قلویی است؟** |  | | **وجود مشکل در بارداری فعلی** |  | | **آیا قبل از بارداری جفت سرراهی تشخیص داده شده بود؟** |  | | **بخش پنجم: زایمان و هیسترکتومی** | | | **شروع دردهای زایمانی** |  | | **در صورت القا، اندیکاسیون آن کدام بوده است.** |  | | **آیا پروستاگلاندین استفاده شده است؟** |  | | **آیا در طول لیبر از اکسی توسین استفاده شده است.** |  | | **طول مدت استفاده از اکسی توسین به دقیقه** |  | | **آیا این زایمان به روش سزارین انجام شده است؟** |  | | **در صورت بلی اندیکاسیون سزارین در صورت بلی اندیکاسیون سزارین کدام است؟: کدام است؟** |  | | **آیا هیسترکتومی به همراه سزارین انجام شده است؟** |  | | **تاریخ انجام هیسترکتومی** |  | | **نوع هیسترکتومی را تعیین کنید.** |  | | **اندیکاسیون هیسترکتومی انتخابی** |  | | **در صورتی که هیسترکتومی اورژانسی بوده است لطفا تعیین کنید کدامیک از درمان های زیر انجام شده است؟** |  | | **علل اصلی هیسترکتومی اورژانسی چه بوده است؟** |  | | **در صورت پارگی رحم، زمان وقوع پارگی را تعیین کنید.** |  | | **آیا آزمایشات پاتولوژی بر روی رحم انجام شده است؟** |  | | **جواب پاتولوژی** |  | | **آیا بعد از هیسترکتومی به عمل جراحی دیگری نیاز بوده است؟** |  | | **در صورت بلی نوع جراحی را بنویسید.** |  | | **آیا اندام های زیر در حین جراحی دچار آسیب شده اند؟** |  | | **دریافت خون و فرآورده های خونی** |  | | **تعداد واحد و نوع فرآورده خونی دریافتی** |  | | **عوامل خطر موجود** |  | | **در صورت وجود اختلالات خونریزی دهنده نام ببرید.** |  | | **بخش ششم: پیامد بارداری** | | | **آیا مادر در بخش ICU/HDU بستری گردید؟** |  | | **طول دوره بستری به روز** |  | | **انتقال/ اعزام مادر به بیمارستان دیگر** |  | | **آیا مادر به عوارض شدید بارداری/ زایمان مبتلا شده است:** |  | | **در صورت بلی نوع عارضه را انتخاب کنید.** |  | |