|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.** |  |

 |