باسمه تعالی

کارت مراجعات به درمانگاه زنان ومامایی

Obstetric clinical Report card

سازمان تامین اجتماعی
مدیریت درمان استان اصفهان

مشخصات مادربباردار:

نام : نام خانوادگی : سن : شغل: میزان تحصیلات :

آدرس:

مشخصات همسر:

نام : نام خانوادگی : سن : شغل: گروه خون وRH:

سابقه مامایی:

تاریخ اولین سونوگرافی :	**تاریخ دومین سونوگرافی:**	**G:**
سن حاملگی براساس هفته :	**سن حاملگی براساس هفته :**	**P:**
		L:
		D:
		Ab:
		EP:
		LMP:
		EDD:

شرح مختصر زایمانهای قبلی:

طبیعی ☐ سزارین ☐ فورسپس ☐ واکیوم ☐ خونریزی ☐ اکلامپسی وپری اکلامپسی ☐

عوارض زایمانهای قبلی:

سابقه بیماریهای قبلی:

قلبی ☐ داخلی ☐ عفونی ☐ جراحی ☐ تزریق خون ☐ حساسیت به دارو ☐ صرع ☐

واکسیناسیون ☐

نوع عارضه :.....

داروهای مصرفی و میزان آنها.....

آزمایش خون	تاریخ	Blood Group &RH	Hb	Hct	V.D.R.L	F.B.S	ALBUMIN Protein	U/A	HBS Ag	HCV Ab	HIV	سایر موارد
سه ماهه اول												
سه ماهه دوم												
سه ماهه سوم												

باسمه تعالی

کارت مراجعات به درمانگاه زنان ومامایی

Obstetric clinical Report card

ردیف	تاریخ	BP	W	FHR	FH سن حاملگی براساس هفته (Funded Hight)	سن حاملگی براساس هفته حاملگی	نام وامضا معاینه کننده	ملاحظات

باسمه تعالی

کارت مراجعات به درمانگاه زنان ومامایی

Obstetric clinical Report card

سازمان تامین اجتماعی
مدیریت درمان استان اصفهان

(لطفا جلوی مواردی که آموزش میدهید تیک بزنید)

	تاریخ											آموزش ذهنده
	تهوع /استفراغ											
	حساسیت پستانها											
	تکرر ادرار											
مشکلات شایع	خستگی											
	افزایش بزاق											
	افزایش ترشحات مهبل											
	تغییر خلق و خو											
	سوزش سر دل											
	ویار											
	سایر											
سایر	همسر آزاری											
	حساسیت											
	اعتیاد											
	مشکل روانی											
	سایر											
بهداشت	دهان و دندان											
	فردی											
	تناسلی											
تغذیه	مصرف مکمل											
	گروه های اصلی غذایی											
علایم خطر	لکه بینی /خونریزی											
	درد شکم											
	مشکل ادراری /تناسلی											
	تنگی نفس /تپش قلب											
	تب											
	درد ساق پا											
	تاری دید/ورم و غیره											
	آبریزش											
	کاهش حرکت جنین											
	سایر											

باسمه تعالی

کارت مراجعات به درمانگاه زنان ومامایی

Obstetric clinical Report card

نام و نام خانوادگی مددجو---------- **شماره شناسنامه ----------** **تحصیلات ----------**

سن ---------- **نام پدر ----------** **تعداد فرزندان ----------**

شماره تلفن تماس ---------- **نام همسر ----------** **شغل ----------**

تاریخ اولین مراجعه ----------

	تاریخ												**آموزش دهنده**
	پر رنگ شدن رنگ پوست												
مشکلات شایع	**نفخ و یبوست**												
	افزایش ترشحات مهبل												
	کمردرد												
	سوزش سر دل												
	تکرر ادرار												
سایر	ایمن سازی												
	تزریق روگام												
	علایم زایمان												
	مراقبت از نوزاد												
	سایر												

ملاحظات:

امضا پزشک معالج :