

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:

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 Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
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	No: خیر	Yes: بله
Cause: علت:	Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:	No: خیر	Yes: بله
		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			
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	Vacuum or forceps delivery: زایمان با فورسپس یا واکيوم	dystocia: زایمان سخت	post partum hemorrhage: خونریزی پس از زایمان
Birth weight > 4000 gr: نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم	Post term labor: زایمان پس از موعد	Preterm labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:	If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:	نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم	Birth weight < 2500 gr
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:

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

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

Vaginal exam

معاینه واژینال:

Presentation :	نمایش جنین :	Station :	جایگاه جنین :	Effacement :	افاسمان :	Dilatation :	دیلاتاسیون :
No <input type="checkbox"/>	ندارد:	Yes <input type="checkbox"/>	دارد	Bleeding	خونریزی	Position :	وضعیت :
Amniotic fluid :	وضعیت مایع آمنیوتیک :	Time of rupture :	زمان پارگی :	Amniotic membrane	وضعیت کیسه آب		

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

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"/>

خلاصه Summary

تشخیص اولیه Primary Diagnosis

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:

ثبت پیشرفت زایمان

Labor Progress Record

شماره پرونده: Unit Number:

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
							دilatation دilatation
							Effacement افاسمان
							Station ایستگاه
							عضو نمایش Presentation
							Position وضعیت
							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)

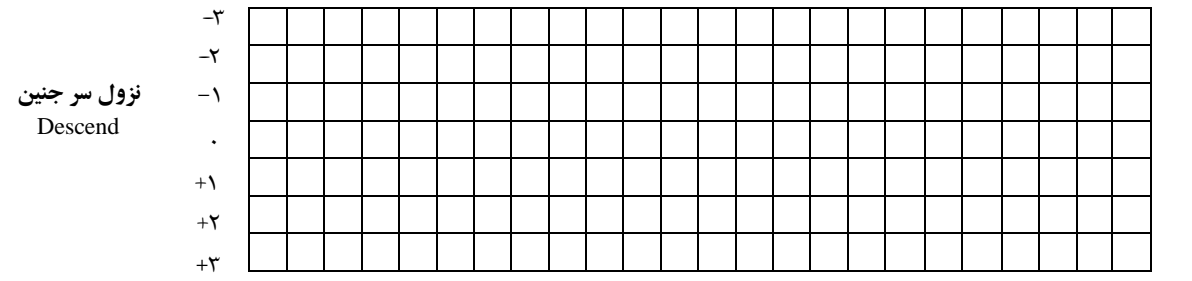
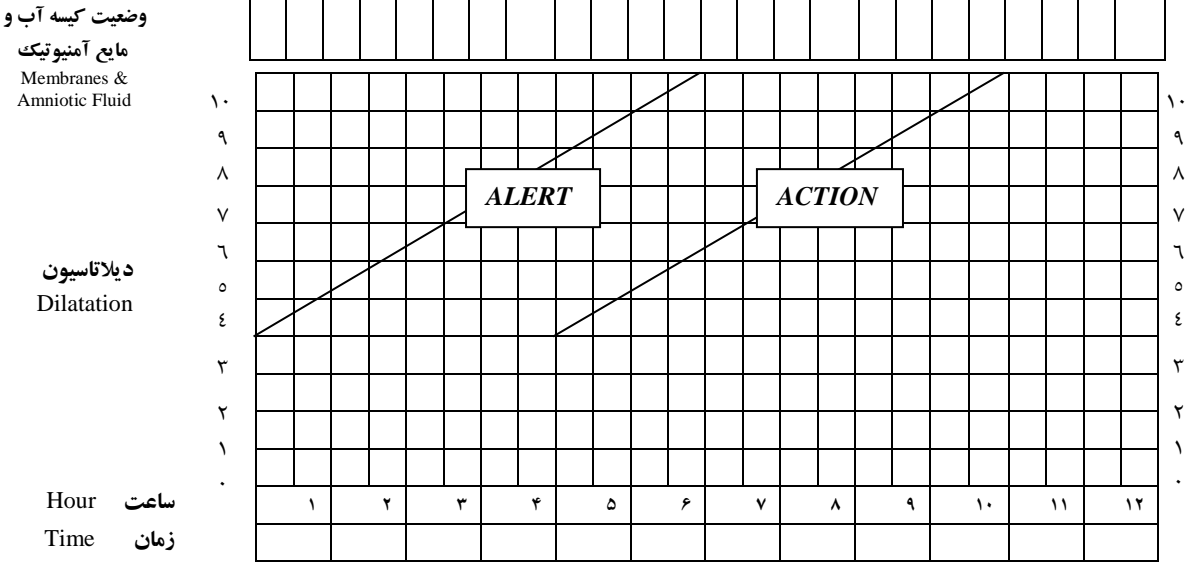
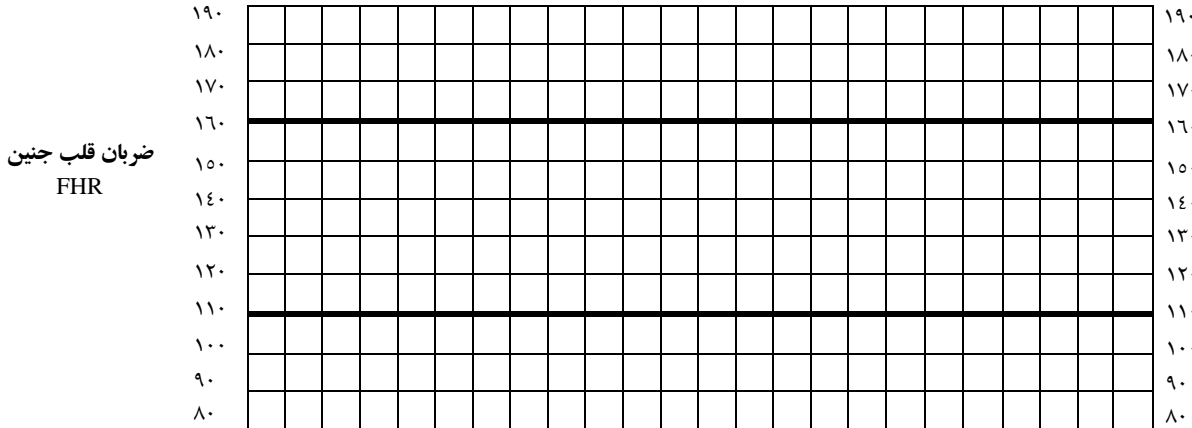
Method :	نوع روش :
Onset of Pain management	ساعت شروع :
Duration	مدت زمان استفاده :
Labor support :	No : <input type="checkbox"/> خیر : <input type="checkbox"/>	بله : <input type="checkbox"/> Yes : <input type="checkbox"/>
توضیحات:		

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: ساعت:	Bed:	تخت:				



انقباض / ۱۰ دقیقه
Contraction / 10 min

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اکسی تو سین (قطره/دقیقه)
Oxy. (drop/min)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

داروهای مصرفی
Drug

BP فشارخون
PR نبض
T درجه حرارت

Sign امضا

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 <input type="checkbox"/> ناقص Complete <input type="checkbox"/> کامل	Position of delivery : وضعیت زایمان Lithotomy <input type="checkbox"/> لیثوتومی upright <input type="checkbox"/>
No : <input type="checkbox"/> خیر : Yes: <input type="checkbox"/> بله Episiotomy/اپی زیانومی در صورت پارگی، درجه آن: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/>	Delivery Method روش زایمان Instrumented delivery <input type="checkbox"/> واژینال با وسیله Vaginal <input type="checkbox"/> واژینال Cesarean <input type="checkbox"/> سزارین VBAC <input type="checkbox"/> واژینال بعد از سزارین
<input type="checkbox"/> Dead/مردده <input type="checkbox"/> Alive/زنده <input type="checkbox"/> No/تعداد نوزاد <input type="checkbox"/> Apgar at ۵ / آپگار دقیقه پنجم <input type="checkbox"/> Apgar at ۱ / آپگار دقیقه اول	Infant Sex جنس نوزاد Ambiguous <input type="checkbox"/> مبهم Male <input type="checkbox"/> پسر Female <input type="checkbox"/> دختر
:Midwife/ماما	:Physician/پزشک
توضیحات ضروری:	

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	ساعت، میزان و طریقه مصرف	Medication	نوع دارو
		F _{۲α}	پروستاگلاندین
		Prostaglandin F _{۲α}	
		Misoprostol	میزوپروستول
		Other	سایر:

مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان Post partum care (۲ hour)

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

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 Admission	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Time:	ساعت:						

هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (۳-۶ 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.....
 Hb / هموگلوبین: سایر / Other:

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

Contraception <input type="checkbox"/> روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse <input type="checkbox"/> فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health <input type="checkbox"/> بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign <input type="checkbox"/> علائم خطر مادری	New born danger sign <input type="checkbox"/> علائم خطر نوزادی	New born care <input type="checkbox"/> مراقبت از نوزاد
Next visit date <input type="checkbox"/> زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding <input type="checkbox"/> تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی <input type="checkbox"/> 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 :

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 Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				

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

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:				

امتیاز	عوامل خطر
شرایط طبی	
۴	سابقه VTE قبلی (به جز یک بار رخداد VTE به علت جراحی بزرگ)*
۴	ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی): حداقل یک معیار آزمایشگاهی و حداقل یک معیار بالینی*
۳	سابقه VTE قبلی به علت جراحی بزرگ*
۳	هر مشکل طبی*: سرطان، بیماری قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک، دیابت ملیتوس نوع یک با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی
۳	ترومبوفیلی ارثی پر خطر* (کمبود آنتی ترومبین، کمبود پروتیین C یا S، ترومبوفیلی کم خطر هموزیگوت یا همراه)
۱	ترومبوفیلی ارثی کم خطر* (فاکتور ۵ لیدن هتروزیگوت، جهش ژن پروترومبین G20210A)
۱	تاریخچه خانوادگی VTE* (بدون زمینه یا وابسته به استروژن) در بستگان درجه اول
۱	وجود آنتی فسفولیپید آنتی بادی* (فقط معیار آزمایشگاهی، بدون وجود معیار بالینی)
شرایط عمومی	
۲	چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری
۱	چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از ۳۰ و کمتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری*
۱	سن بیشتر از ۳۵ سال
۱	سابقه سه بار یا بیشتر زایمان ($para \geq 3$) صرف نظر از بارداری فعلی
۱	استعمال سیگار
۱	وجود وریدهای واریسی واضح (علامتدار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی)
شرایط مامایی و زایمان	
۲	سزارین اورژانس (در لیبر)
۱	سزارین غیر اورژانس (الکتیو)
۱	پره اکلامپسی کنونی
۱	بارداری با روشهای کمک باروری IVF / ART (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)
۱	دو یا چند قلوئی
۱	زایمان با ابزار
۱	لیبر طولانی (بیشتر از ۲۴ ساعت بستری)
۱	خونریزی پس از زایمان بیشتر از یک لیتر/تزریق خون به هر تعداد واحد
۱	زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته) در بارداری کنونی
۱	مرده زایی در بارداری کنونی
شرایط موقت	
۴	سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)*
۳	جراحی در دوران بارداری یا پس از زایمان (آپاندکتومی، بستن لوله ها، ...) به جز ترمیم فوری پرینه
۳	استقرار شدید بارداری* (به حدی که باعث از دست دادن وزن، دهیدراتاسیون، کتوز، آلکالوز به دلیل از دست دادن اسید کلریدریک و هیپوکالمی شود)
۱	عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری) مانند پنومونی، پیلونفریت، عفونت زخم بعد از زایمان
۱	بستری در بیمارستان یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، دهیدراتاسیون، استفاده از صندلی چرخ دار

جمع امتیاز بیمار: total score (patient) :

با توجه به جمع امتیاز هر بیمار، برای انجام اقدام بعدی به راهنمای کشوری رایه خدمات مامایی و زایمان (مبحث ترومبوآمبولی وریدی، پیشگیری) مراجعه شود

تاریخ و ساعت تکمیل فرم Date & time : نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج: Name & Signature

Mother's ID Number کد ملی مادر:	شرح حال نوزاد بدو تولد	Mother's Unit Number: شماره پرونده:
NEWBORN BIRTH HISTORY		
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: نام و 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 <input type="checkbox"/>	by sonography سن بارداری با سونوگرافی:	Parity تعداد زایمان:
Instrumented delivery واژینال با وسیله <input type="checkbox"/>	.۳	Abortion تعداد سقط:
VBAC واژینال بعد از سزارین <input type="checkbox"/>	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth تعداد مرده زایی:
Cesarean سزارین <input type="checkbox"/>	EDC تاریخ احتمالی زایمان:	
Cause of cesarean علت سزارین		
Hypertension فشارخون بالا <input type="checkbox"/>	Fetal distress زجر جنین <input type="checkbox"/>	Abnormal labor لیبر غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
Cephalopelvic disproportion عدم تناسب سر با لگن <input type="checkbox"/>	Elective Cesarean خواست مادر <input type="checkbox"/>	Malposition of fetus نمایش غیرطبیعی <input type="checkbox"/>
Others سایر <input type="checkbox"/>	Placenta & Umbilical cord Disorders مشکلات جفت و بندناف <input type="checkbox"/>	Repeated Cesarean سزارین قبلی <input type="checkbox"/>
Hypertension فشارخون بالا <input type="checkbox"/>	Diabetes دیابت <input type="checkbox"/>	Genito-urinary infections عفونت های ادراری- تناسلی <input type="checkbox"/>
Others سایر <input type="checkbox"/>	Hereditary disease in family بیماری ارثی در خانواده <input type="checkbox"/>	Thyroid بیماری تیروئید <input type="checkbox"/>
Drug or substance abuse. سوء مصرف مواد و داروها <input type="checkbox"/>		
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs before pregnancy مصرف داروی خاص پیش از بارداری <input type="checkbox"/>
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs during pregnancy مصرف داروی خاص حین بارداری <input type="checkbox"/>
Drug نام دارو:	Drug Sensitivity حساسیت دارویی <input type="checkbox"/>	
Drugs during labor & delivery مصرف دارو حین لیبر و زایمان:		
Others سایر <input type="checkbox"/>	Corticosteroid کورتیکواستروئید <input type="checkbox"/>	Narcotic داروی مخدر <input type="checkbox"/>
	MgSo ₄ سولفات منیزیم <input type="checkbox"/>	Oxytocin اکسی توسین <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Normal طبیعی <input type="checkbox"/>
Meconium مکونیومی <input type="checkbox"/>	Oligohydramnios اولیگو هیدرآمینوس <input type="checkbox"/>
Clear شفاف <input type="checkbox"/>	Polyhydramnios پلی هیدرآمینوس <input type="checkbox"/>
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 میهم <input type="checkbox"/>
Skin to skin contact Duration: مدت تماس پوست با پوست:	Urinating after birth دفع ادرار بعد از تولد <input type="checkbox"/>
Breast Feeding in first hour تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد <input type="checkbox"/>	Defecation after birth دفع مدفوع بعد از تولد <input type="checkbox"/>
Cord blood sample نمونه خون شریان بندناف <input type="checkbox"/>	
Congenital Anomaly وجود ناهنجاری بدو تولد:	
Nervous system سیستم عصبی <input type="checkbox"/>	Neural tube disorders نقص لوله عصبی <input type="checkbox"/>
Down Syndrome سندرم داون (تریزومی ۲۱) <input type="checkbox"/>	Hands & Feet دستها و پاها <input type="checkbox"/>
Cleft lip/palate شکاف لب/شکاف کام <input type="checkbox"/>	Other's Chromosomal anomalies سایر ناهنجاری های کروموزومی <input type="checkbox"/>
Ear & eye گوش و چشم <input type="checkbox"/>	Musculoskeletal عضلانی و اسکلتی <input type="checkbox"/>
Others Non determined سایر ناهنجاری های تعریف نشده	Cardiovascular قلبی و عروقی <input type="checkbox"/>
	Face & Neck گردن و صورت <input type="checkbox"/>

جدول آپگار
APGAR Score

۲۰ دقیقه	۱۵ دقیقه	۱۰ دقیقه	۵ دقیقه	۱ دقیقه	۲	۱	۰	نشانه Sign			
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزانتهاها Acrocyanotic	سیانوزه یا رنگ ریده Blue or pale	رنگ Color			
					بیشتر از ۱۰۰ در دقیقه >۱۰۰ bpm	کمتر از ۱۰۰ در دقیقه < ۱۰۰ 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											
احیاء resuscitation						توضیحات:					
۲۰	۱۵	۱۰	۵	۱	دقیقه Minutes						
					اکسیژن Oxygen						
					PPV/NCPAP						
					لوله گذاری داخل تراشه ETT						
					فشاردن 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:

علائم حیاتی	Vital Signs	نبض/PR:	دم/ما:T:	تنفس/RR:
اولین معاینه Exam 1 st				
		طبیعی	غیر طبیعی	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	Spain			
مقعد	Anus			
صدمات زایمانی	Birth trauma			
ناهنجاریهای بدو تولد	Congenital Anomaly			
سایر موارد	Others			
دفع ادرار	Urination			
دفع مدفوع	Defecation			
رفلکس ها	Reflexes			

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		غیر طبیعی Abnormal		طبیعی Normal	
غیر طبیعی Abnormal					
جمجمه و ملاح 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 Spain					
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 <input type="checkbox"/> Desirable نامطلوب <input type="checkbox"/> Undesirable		مطلوب <input type="checkbox"/> Desirable نامطلوب <input type="checkbox"/> Undesirable	
استفراغ: Vomiting :		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No	
تب: Fever :		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No	
بیقراری: Agitation :		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No		دارد <input type="checkbox"/> Yes ندارد <input type="checkbox"/> No	
سایر موارد <input type="checkbox"/> Other					
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time :		تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time :			
مهر و امضا پزشک: Physician Signed :		مهر و امضا پزشک: Physician Signed :			