

بنام خدا

دانشگاه علوم پزشکی زابل — دانشکده پرستاری و مامایی زابل

فرم آمار زایمانی

نام و نام خانوادگی دانشجو: _____
تاریخ: _____
مربی مسئول: _____
محل کارورزی: _____

اطلاعات مربوط به مادر:

شماره پرونده: _____
نام و نام خانوادگی: _____
علت مراجعه: _____
تاریخ: _____
سن: _____
نسبت فامیلی با همسر: _____
سابقه بیماریهای قبلی: _____
سابقه بیماریهای ارثی و فامیلی: _____
سابقه عمل جراحی: _____
سابقه بارداریهای قبلی: _____

G: P: AB: L.ch: D.ch: Y.ch: IUFD:
LMP: EDD: BG&RH: HB: FBS:
سابقه خونریزی در بارداری قبلی: ۱- سقط ۲- جفت سر راهی ۳- دکولمان:
سابقه هایپر تانسیون در بارداریهای قبلی: ۱- بلی ۲- خیر
نوع زایمانهای قبلی: ۱- طبیعی ۲- سزارین ۳- واکيوم
سابقه: ۱- زایمان زودرس: ۱- بلی ۲- خیر ۲- چند قلوئی: ۱- بلی ۲- خیر
۳- ترانسفوزیون خون: ۱- بلی ۲- خیر ۴- آلرژی: ۱- بلی ۲- خیر
سابقه در بارداری اخیر: ۱- تهوع و استفراغ: ۱- بلی ۲- خیر ۲- بیماری عفونی: ۱- بلی ۲- خیر
۳- آبریزش: ۱- بلی ۲- خیر ۴- تاری دید: ۱- بلی ۲- خیر
۵- سردرد: ۱- بلی ۲- خیر ۶- مصرف دارو: ۱- بلی ۲- خیر
معاینه هنگام پذیرش:

W: H: BP: T: P: R:
معاینات شکمی:

FHR: _____ FH: مانور اول: عضو پرزائنه: _____
مانور دوم: _____
مانور سوم: _____
مانور چهارم: _____

:T.V

زایوه پوییس: _____ برجستگی پرومونتوار: _____
کنژوگه دیاگونال: _____ خارهای ایسکیال: _____
Dill: Eff: Presentation: Pos: Station: W.B: