**فرم ثبت اطلاعات زایمان در خارج بیمارستان**

**1. شهرستان** : 2. **نام مرکز / پایگاه سلامت:**

 **مشخصات مادر :**

**3. نام مادر 4. نام خانوادگي مادر**

**5. مليت:** ايراني 🌕 غير ايراني🌕  **6. كدملي تلفن مادر:**

**7. تاريخ تولد:** روز ماه سال

8. **نسبت خویشاوندی با همسر:** دارد🌕 ندارد🌕

9. **محل سکونت مادر:** شهر🌕 روستا 🌕 غیر ساکن(عشایر) 

10. نوع بیمه: خدمات درمانی غیر روستایی🌕 خدمات درمانی روستایی🌕 نیروهای مسلح🌕 کمیته امداد🌕 تامین اجتماعی🌕 سایر بیمه ها🌕 ندارد🌕

**11.تعداد بارداري**(G)  تعداد زايمان قبلي(P) تعداد سقط(Ab)  تعداد فرزندان زنده بدنیا آمده

**12.تحصیلات مادر:** بیسواد 🌕 ابتدایی/ نهضت سوادآموزی🌕 راهنمایی/متوسطه1 🌕 دبیرستان/ متوسطه2 🌕 فوق دیپلم تا فوق لیسانس🌕 دکترای تخصصی/ فوق دکترا 🌕 سایر 🌕

**13. عوامل خطر در این بارداري:** فشارخون بالا □ بیماری قلبي تایید شده□ بیماری ديابت □ بیماری تیروئید □ HIV+ □ VDRL+ □

**14. آیا پارگی در جه 3 یا 4 دارد؟** بله خیر

**15. آیا مادر در این زايمان اپي زياتومي شده است؟** بله خیر

**16. . وضعیت مادر تا دوساعت پس از زایمان**:

سالم  اعزام به بیمارستان اعزام به مرکز بهداشتی درمانی/ تسهیلات زایمانی فوت در محل زايمان

**17. .نام و نام خانوادگی عامل زایمان**:

**18. عامل زايمان:** \*ماما 🌕 \*پزشك 🌕 ماما روستا / بهورز ماما 🌕 مامای دوره ندیده 🌕 سایر 🌕 **19. محل زايمان:** تسهيلات زايمانی 🌕 مطب خصوصی🌕 منزل 🌕 بین راه 🌕 سایر 🌕 با ذکر نام............................................................

**مشخصات پدر یا سرپرست نوزاد:**

 20**20. نام پدر** **یا سرپرست:**  **21. نام خانوادگي پدر یا سرپرست**:

**22. مليت:** ايراني 🌕 غير ايراني🌕 **23. كد ملي**

**مشخصات نوزاد:**

**24. تاريخ تولد:** روز ماه سال **25. ساعت تولد** : دقيقه :

**26. جنس:** پسر 🌕 دختر 🌕 مبهم 🌕 **27.** مرتبه تولد **28.** وزن هنگام تولد/ وزن روز دهم به گرم:

**29**. قد هنگام تولد به سانتیمتر: **30.** دور سر هنگام تولد به سانتیمتر: **31.** سن بارداری به هفته**:**

**32. پيشرفت عمليات احيا:**

 نياز به احيا نداشته است 🌕 گام هاي نخستين احيا 🌕 تهویه با فشار مثبت( با بک و ماسک)🌕 فشردن قفسه سينه 🌕 تجويز دارو 🌕

33.  **نمره آپگار:** دقيقه اول دقيقه پنجم

زنده 🌕 اعزام به بیمارستان/ تسهیلات زایمانی/مرکز بهداشتی درمانی 🌕 مرده زايي 🌕 فوت نوزاد 🌕

**. ناهنجاري بدو تولد:** ناهنجاري ندارد نقص لوله عصبي ساير ناهنجاري هاي دستگاه عصبي دستگاه تنفسي تگاه تناسلي ادراري و كليه دست ها و پاها سندرم داون يا تريزومي 21 ساير ناهنجاري هاي كروموزومي شكاف كام/ لب  قلبي و عروقي  عضلاني و اسكلتي گوارشي گوش و چشم گردن و صورت ساير ناهنجاري هاي تعريف نشده

**35. وضعیت نوزاد تا دو ساعت پس از تولد:**

زنده 🌕 اعزام به بیمارستان/ تسهیلات زایمانی/مرکز بهداشتی درمانی 🌕 مرده زايي 🌕 فوت نوزاد 🌕

**36.علل عدم انتخاب زایمان در بیمارستان:** 1. هرینه بالای بیمارستان🌕 2. دوری راه و عدم دسترسی به بیمارستان 🌕 3. توصیه و اجبار اطرافیان🌕 4. ترس از عمل جراحی در بیمارستان🌕 5. خودم خواستم چون زایمان های قبلی ام هم در منزل بود🌕 6. زایمان زودرس🌕 7. زایمان در وسیله نقلیه قبل از رسیدن به بیمارستان 🌕 8.تجربه ناخوشایند از زایمان در بیمارستان○ 9. نبودن همسر یافردی برا 10. سایر ○

**37. محل تکمیل فرم:** تسهیلات زایمانی🌕 مرکز بهداشتی درمانی🌕 خانه بهداشت🌕 مطب○

**38. شماره تلفن تکمیل کننده فرم: 39. نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:**

40. **تاریخ تکمیل فرم :** روز ماه سال

**امضاء تکمیل کننده فرم:**

**\*** اگر در بند 18 عامل زایمان، پزشک یا ماما باشد بندهای 13، 14،15،28،29، 30، 31،32، 33و 34 حتما باید تکمیل شود.