



نشان بیمارستان

شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Consanguinity: نسبت خویشاوندی با همسر:	Partner's Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همسر:
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:
Death child: نوزاد مرده:	Still birth: تعداد مرده زایی:		
Gestational age: سن بارداری با LMP:	FH: ارتفاع رحم:	LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:
by Sonography: با سونوگرافی:			
Childbirth preparation class: شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:	Prenatal care: مراقبت های بارداری:		
Ceries: چندبار	Ceries: چندبار		
Cause: علت:	Hospital admission during pregnancy: مدت بستری قبلی:		

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشار خون بالا	Diabetes: دیابت	Heart disease: بیماری قلبی
Infertility & ART: نابارایی و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder: ناهنجاری دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney disease: بیماری کلیوی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver disease: بیماری کبدی
HbAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid disease: بیماری تیروئید
سایر:			
در صورت علامتگذاری 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 بیشتر از ۴۰۰۰ گرم	Post term labor: زایمان پس از موعد	Preterm Labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:			Birth weight <2500 gr: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:			
Date and Type Of Last Delivery: تاریخ و روش آخرین زایمان:			
Other: سایر:			
در صورت علامتگذاری 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:

علائم حیاتی:

Vital Sign:

فشارخون: _____	BP: _____	نبض: _____	PR: _____	درجه حرارت: _____	T: _____	تنفس: _____	RR: _____
زمان شروع درد:	Onset of labor pain	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	FHR	تخمین وزن جنین:	Weight estimate		

معاینه واژینال:

Vaginal exam:

دیلاتاسیون	Dilatation	افاسمان	Effacement	جایگاه جنین	Station	نمایش جنین	Presentation
وضعیت	Position	خونریزی	خیر ☐ بلی ☐ Yes	مقدار: _____	مدت: _____	مشخصات: _____	Bleeding
وضعیت کیسه آب	Amniotic membrane	زمان پارگی	Time of rupture	وضعیت مایع آمنیوتیک	Amniotic fluid		
گروه خون و ارهاش:	Blood Group & RH	قد:	Height	وزن:	Weight		
ارهاش همسر (در صورت منفی بودن ارهاش مادر)	Partner's RH						

معاینه فیزیکی:

Physical Examination:

چشم: ☐	Eye: ☐
بینی: ☐	Nose: ☐
دهان: ☐	Mouth: ☐
گلو: ☐	Throat: ☐
گردن: ☐	Neck: ☐
غدد لنفاوی: ☐	Lymph Nodes: ☐
قفسه سینه: ☐	Chest: ☐
پستان: ☐	Breast: ☐
قلب: ☐	Heart: ☐
ریه: ☐	Lung: ☐
عروق: ☐	Vessels: ☐
شکم: ☐	Abdomen: ☐
اندام تناسلی (مذکر): ☐	Genital Organ (Male): ☐
اندام تناسلی (مونث): ☐	Genital Organ (Female): ☐
مقعد: ☐	Rectum: ☐
اعصاب: ☐	Nervous System: ☐
اندام ها (فوقانی، تحتانی): ☐	Extremities: ☐
استخوان، مفاصل، عضلات: ☐	Bones, Joints, Muscles: ☐
خلاصه:	Summary: _____
تشخیص اولیه:	Primary Diagnosis: _____
مهر و امضاء تکمیل کننده فرم:	Date: _____ تاریخ: _____
Sign & name	Time: _____ ساعت: _____