

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

University of Medical Science:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شرح حال مادر باردار

Medical C

شماره پرونده: Unit Number:

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

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric 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: □
Cause: علت:	Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:		
	No: خیر: □	Yes: بله: □	

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Heart dis: بیماری قلبی
Infertility & ART: نابرابری و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
HbsAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
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 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:	If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:		نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
Other: :			Birth weight < 2500 gr

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:

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:
----------------	----------------------	---------------------------------	-------	-----------------	------------------

Vaginal exam

معاینه واژینال:

دیلاتاسیون :		افاسمان :		جایگاه جنین :		Station :		نمایش جنین :		Presentation :	
وضعیت :		خونریزی		Bleeding :		دارد ☐ Yes		ندارد: ☐ No			
وضعیت کیسه آب		Amniotic membrane		زمان پارگی:		Time of rupture :		وضعیت مایع آمنیوتیک :		Amniotic fluid:	

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

Physical Examination:

معاینه فیزیکی:

چشم:	☐	Eyes:	☐
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 (مؤنث):	☐	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

Name Of Examining Physician :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

University of

مرکز پزشکی آموزشی درمانی : Medical

Medical Science:

شماره پرونده: Unit Number:

ثبت پیشرفت زایمان

Labor Progress Record

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:						
						Date	تاریخ
						Time	ساعت
						FHR	قلب جنین
						شدت	انقباض رحم Uterus contraction
						Intensity	
						فاصله	
						Frequency	مدت
						Duration	
						Dilatation	دیلاتاسیون
						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 :	حضور همراه: Yes: ☐ : بله No: ☐ : خیر
توضیحات:	

Medical Center:

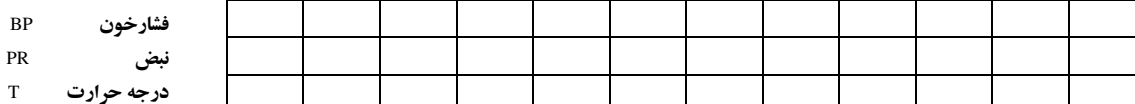
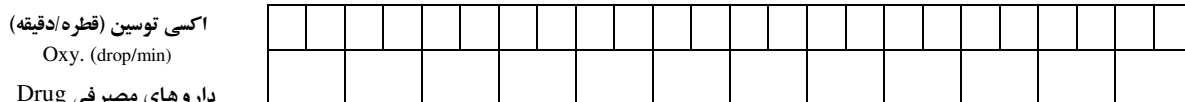
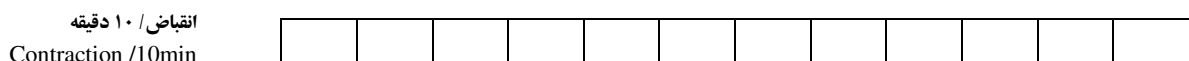
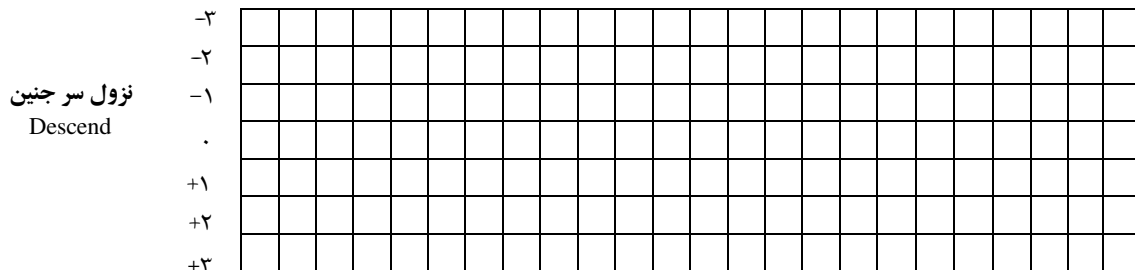
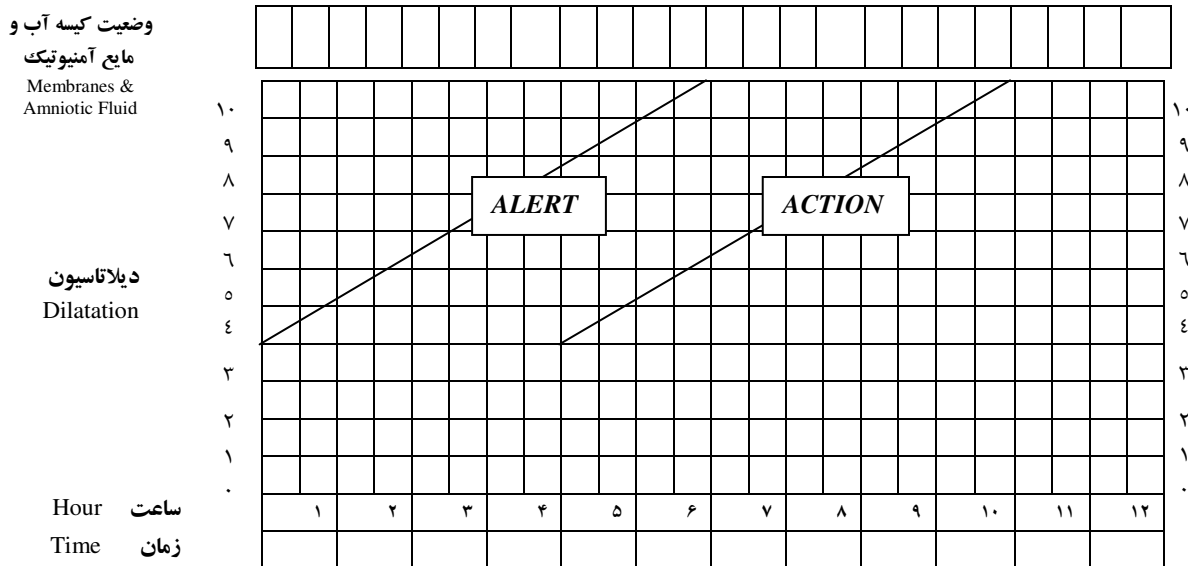
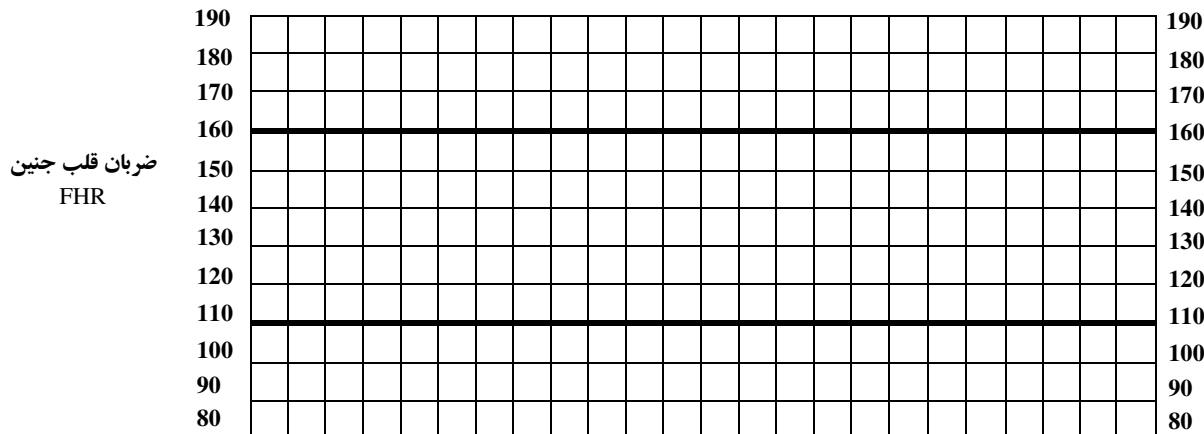
پزشکی:

Unit Number: شماره پرونده:

پارتوگراف

Partograph Chart

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:						



Medical Center:

پزشکی :

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

Placenta expulsion :	ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time:	تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion :	خروج جفت و پرده ها:	Position of delivery :	وضعیت زایمان
Incomplete ☐ ناقص	Complete ☐ کامل	upright ☐	لیتاتومی ☐ Lithotomy
No : ☐ خیر : ☐ Yes: ☐ بله	اپی زیاتومی/Episiotomy	Delivery Method	روش زایمان
☐ ۴ ☐ ۳ ☐ ۲ ☐ ۱	در صورت پارگی، درجه آن:	Instrumented delivery ☐ واژینال با وسیله	Vaginal ☐ واژینال
If Laceration, degree of that:		Cesarean ☐ سزارین	VBAC ☐ واژینال بعد از سزارین
☐ Dead/مردده	☐ Alive/زنده	Infant Sex	جنس نوزاد
☐ Apgar at 5 / آپگار دقیقه پنجم	☐ Apgar at 1 / آپگار دقیقه اول	Ambiguous ☐ مبهم	Male ☐ پسر Female ☐ دختر
	ماما/Midwife:	Physician/پزشک:	عامل زایمان / Birth attendant
			توضیحات ضروری:

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	نوع دارو	Medication	نوع دارو	Dose & time	نوع دارو
	ساعت، میزان و طریقه مصرف		ساعت، میزان و طریقه مصرف		نوع دارو
		F _{2α} پروستاگلاندین			اکسی توسین Oxy.
		Prostaglandin F _{2α}			مترژن Methergine
		Misoprostol میزوپروستول			آنتی بیوتیک Antibiotic
		Other سایر:			

مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان Post partum care (2 hour)

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

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.

Medical Center:

پزشکی :

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 (3-6 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.....
هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه Education & recommendation.....

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

Magnesium Sulfate Injection

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:						

[illegible]

Medical Center:

University of Medical Science:
مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

پزشکی :

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

عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی			
Previous venous thromboembolism (VTE)	€	سابقه ترومبوآمبولی وریدی	
Heritable thrombophilia	€	ابتلا به ترومبوفیلی ارثی	
Acquired thrombophilia (Antiphospholipid antibody)	€	ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)	

سایر عوامل خطر

شرایط عمومی و بارداری فعلی			
Intravenous drug user	€	استعمال دخانیات بیش از ۱۰ سیگار در روز	€
Age > 35 years	€	Smoking > 10 Cigarettes/day	€
Gross Varicose Veins	€	Paraplegia/Wheelchair user	€
چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم			
Obesity (BMI ≥ 30 kg/m ²) either prepregnancy or early pregnancy/ weight >80 kg	€	بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)	€
Admission or Immobility (≥ 3 days)	€	OHSS	€
Multiple pregnancy	€	سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان	€
Parity 3	€	ART	€
Dehydration	€	بارداری با روشهای کمک باروری	€
Hyperemesis gravidarum	€	استفراغ شدید بارداری	€
ابتلا به بیماریها			
Pneumonia	€	Lung disease	€
Heart disease	€	بیماری ریوی	€
SLE	€	Cancer	€
Pyelonephritis	€	سرطان	€
Sickle cell disease	€	بیماری سایکل سل	€
Current Systemic Infection	€	عفونت سیستمیک کنونی	€
Nephrotic syndrome (proteinuria ≥3g/day)	€	سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیش از ۳ گرم در روز)	€
Inflammatory Conditions (inflammatory bowel disease or inflammatory polyarthropathy)	€	التهابها (بیماری التهابی روده، پلی آرتروپاتی التهابی)	€
شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان			
Pre-eclampsia	€	سزارین (اورژانس یا غیر اورژانس)	€
Caesarean	€	لیبر طولانی (بیشتر از ۲۴ ساعت)	€
Prolonged Labor (≥24 hours)	€	تزیق خون	€
Postpartum infection	€	زایمان با فورسپس بالا	€
Mid-cavity rotational operative delivery	€	Blood transfusion	€
Postpartum sterilization	€	خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر	€
Evacuation of retained products of conception	€	Postpartum Hemorrhage (≥ 1 litre)	€
Any surgical procedure in pregnancy or 6 weeks postpartum	€	هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا ۶ هفته)	€

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

تاریخ و ساعت تکمیل فرم : Date & time

Mother's ID Number

کد ملی مادر:

Mother's Unit Number: شماره پرونده:

شرح حال نوزاد بدو تولد

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 پدر: 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 ☐	by sonography سن بارداری با سونوگرافی:	Parity تعداد زایمان:
Instrumented delivery واژینال با وسیله ☐	۳. ۲. ۱.	Abortion تعداد سقط:
VBAC واژینال بعد از سزارین ☐	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth تعداد مرده زایی:
Cesarean سزارین ☐	EDC تاریخ احتمالی زایمان:	
Cause of cesarean علت سزارین		
Hypertension فشارخون بالا ☐	Fetal distress زجر جنین ☐	Abnormal labor لیبر غیر طبیعی ☐
Cephalopelvic disproportion عدم تناسب سر با لگن ☐	Elective Cesarean خواست مادر ☐	Malposition of fetus نمایش غیرطبیعی ☐
Others سایر €	Placenta & Umbilical cord Disorders مشکلات جفت و بندناف ☐	
Hypertension فشارخون بالا €	Diabetes دیابت €	Genito-urinary infections عفونت های ادراری - تناسلی €
Others سایر €	Hereditary disease in family بیماری ارثی در خانواده €	Thyroid بیماری تیروئید €
Drug or substance abuse. سوء مصرف مواد و داروها €		
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs before pregnancy مصرف داروی خاص پیش از بارداری €
Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs during pregnancy مصرف داروی خاص حین بارداری €
Drug نام دارو:	Drug حساسیت دارویی €	Drug Sensitivity
Drugs during labor & delivery مصرف دارو حین لیبر و زایمان :		
Others سایر €	Corticosteroid کورتیکو استروئید €	Narcotic داروی مخدر €
	MgSo4 سولفات منیزیم €	Oxytocin اکسی توسین €

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 €	Normal طبیعی €
Meconium مکنونیومی €	Oligohydramnios اولیگو هیدرآمیونیوس €
Clear شفاف €	Polyhydramnios پلی هیدرآمیونیوس €
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 مبهم €
Skin to skin contact Duration: مدت تماس پوست با پوست:	Male پسر €
Breast Feeding in first hour تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد €	Female دختر €
	Urinating after birth دفع ادرار بعد از تولد €
	Defecation after birth دفع مدفوع بعد از تولد €
Cord blood sample نمونه خون شریان بندناف €	
Congenital Anomaly وجود ناهنجاری بدو تولد:	
Nervous system سیستم عصبی €	No Anomaly ناهنجاری ندارد €
Down Syndrome سندرم داون (تریزومی ۲۱) €	Genito-urinary دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه €
Cleft lip/palate شکاف لب/شکاف کام €	Hands & Feet دستها و پاها €
Ear & eye گوش و چشم €	Other's Chromosomal anomalies سایر ناهنجاری های کروموزومی €
Others Non determined	Musculoskeletal عضلانی و اسکلتی €
	Cardiovascular قلبی و عروقی €
	Face & Neck گردن و صورت €
	سایر ناهنجاری های تعریف نشده

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 >100 bpm	کمتر از ۱۰۰ در دقیقه < 100 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 دقیقه	۱۵ دقیقه	۱۰ دقیقه	۵ دقیقه	۱ دقیقه	Minutes			
					اکسیژن Oxygen			
					PPV/NCPAP			
					لوله گذاری داخل تراشه ETT			
					فشردن قفسه سینه Chest Compression			
					اپی نفرین Epinefrine			
The doctor birth Signed & sealed مهر و امضای پزشک مسئول زا یمان						Birth midwife/physician Signed & sealed مهر و 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

--	--

Medical Center:

پزشکی:

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 & : گروه خونی مادر: Rh	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:	دما/T:	تنفس/RR:
اولین معاینه	Exam 1 st			
طبیعی	طبیعی			غیر طبیعی
Normal	Normal			Abnormal
جمجمه و ملاج 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	
جمجمه و ملاج ها Skull & Fontanel		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
پوست Skin		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
سر و گردن و صورت Head & Neck & Face		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
قفسه سینه و تنفس Chest & Respiratory		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
قلب Heart		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
شکم Abdomen		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
دستگاه تناسلی Genital Organ		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
اندام ها Extremities		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
ستون مهره ها Spain		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
مقعد Anus		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
صدمات زایمانی Birth trauma		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
ناهنجاریهای بدو تولد Congenital Anomaly		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
سایر موارد Others		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
دفع ادرار Urination		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
دفع مدفوع Defecation		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
رفلکس ها Reflexes		طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal	
تغذیه با شیر مادر : Breastfeeding :		مطلوب € Desirable		نامطلوب € Undesirable	
استفراغ : Vomiting :		دارد € Yes		ندارد € No	
تب : Fever :		دارد € Yes		ندارد € No	
بیقراری : Agitation :		دارد € Yes		ندارد € No	
سایر موارد € Other		دارد € Yes		ندارد € No	
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:	
مهر و امضا پزشک: Physician Signed:		مهر و امضا پزشک: Physician Signed:		مهر و امضا پزشک: Physician Signed:	