

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

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ مشاهدات قبل از زایمان
PRENATAL SHEET

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:				
Address: آدرس:		سن شوهر:		Occupation: شغل:
No. of Abortion: تعداد سقط:		Living Child: نوزاد زنده:	No of Para: تعداد زایمان:	No of Gravid: تعداد حاملگی:
<input type="checkbox"/> درمانی therapeutic <input type="checkbox"/> تهدید threatened <input type="checkbox"/> خودبخود spontaneous				
Previous Delivery: نوع زایمانهای قبلی:				
Vaccum واکيوم <input type="checkbox"/> Foreceps فورسپس <input type="checkbox"/> Cesarean سزارین <input type="checkbox"/> N.D طبیعی <input type="checkbox"/>				
زایمان اول <input type="checkbox"/>				
زایمان دوم <input type="checkbox"/>				
زایمان سوم <input type="checkbox"/>				
سایر <input type="checkbox"/>				
Present illness: بیماری فعلی:				
E.D.C.: تاریخ تقریبی زایمان بر حسب:		L.M.P.: آخرین دوره قاعدگی:		
L.M.P. U.S. Gravid Test				
Medical , Surgical, Social History: تاریخچه طبی، جراحی، اجتماعی:				
<input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Lung Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Allergy <input type="checkbox"/> Venereal Disease <input type="checkbox"/> Varicose Vein <input type="checkbox"/> Previous Contraception <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Other Disease <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Addiction <input type="checkbox"/> Operation				
Family History: تاریخچه فامیلی:				
<input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Lung Disease <input type="checkbox"/> Nervous Disease <input type="checkbox"/> Mental Disorders <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Venereal Disease <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Blood Disease <input type="checkbox"/> Twins <input type="checkbox"/> Difficult Labor				
Menstrual History: تاریخچه قاعدگی:				
<input type="checkbox"/> Menarche <input type="checkbox"/> Duration: <input type="checkbox"/> Interval: <input type="checkbox"/> Amount <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular				

حاملگی های قبلی:

- ☐ Mole
- ☐ Placenta Previa
- ☐ Hypertension

[illegible]

نتیجه آزمایشگاه:

Laboratory Findings:		نتیجه آزمایشگاه:	
ABO & Rh blood group:		:	
Hematocrit:		F.B.S. :	
B.U.N. :		Creatinine:	
H.B.S. Ag:		H.I.V:	
Indirect Coombs:		Pap Smear:	
Urine Analysis:		Urine Culture:	
Rubella:		V.D.R.L:	

General Examination:				معاینات عمومی:			
Present Wt:	وزن فعلی:	Previous Wt.:	وزن قبل از حاملگی:	B.P.:	فشار خون:	Pulse:	نبض:
				Temp:	درجه حرارت:	Resp:	تنفس:
E.N.T. :				چشم:			
Thyroid:				دندانها:			
Breasts:				قلب:			
Lymphatic gland:				ریه:			
Varice:				شکم:			
Others:							
Pelvic Examination:							
Vulva:							
Perineum:							
Vagina:							
Cervix:							
Uterus:							
Adnexa:							
Rectum:							
Clinical Pelvimetry:							
Present Pregnancy:							
Nausea:		Vomiting:		Headache:		سر درد:	
Bleeding:		Urinary symptom:		Edema:		ادم:	
Genital Trouble:		measles:		Pain:		درد:	
Others:							
Quickening :		F.H.R:		Ht. Of Uterus:		مدت حاملگی	

[illegible]

