

برگ زایمان (۱)

INTRAPARTUM SHEET(1)

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:							
Blood Group & Rh: گروه خون:		Temp: حرارت:		B.P.: فشار خون:		Pulse: نبض:	
Occupation: شغل:							
No of Grarida: تعداد حاملگی:		Age of gest: سن حاملگی:		LMP		آخرین دوره قاعدگی:	
No of children: تعداد اولاد زنده: male:.. مذکر: female .. مونث		No of Abortion: تعداد سقط:		No of Para: تعداد زایمان:			
Previous delivery: سزارین		واکیوم		فورسپس		طبیعی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
C/ S		Vaccum		Forceps		N.D	
Mensturation: Regular <input type="checkbox"/> منظم		Polymenorrhea <input type="checkbox"/> Oligomenorrhea <input type="checkbox"/>		دوره قاعدگی:			
Irregular <input type="checkbox"/> نامنظم							
F.H.R		Labor starting time: زمان شروع درد:		Active phase			
Cervix: دهانه رحم:		Pelvic: لگن:					
Bleeding: خونریزی: Yes <input type="checkbox"/> دارد No <input type="checkbox"/> ندارد		مصلوعی		کیسه آب: سالم <input type="checkbox"/> پاره شده <input type="checkbox"/> در روز . ساعت بط و ر			
Amount of bleeding: میزان خونریزی:		Membrane: safe <input type="checkbox"/> ruptured <input type="checkbox"/>		Artificial		Sportanous	
Effacement: افسمان:		Dilation: دیلاتاسیون:		Station: جایگاه:		Position: وضعیت:	
Presentation: قرار:							
Type of contraception: روش بکار برده شده جهت جلوگیری از بارداری:							
Complication of previous delivery and pregnancy: عوارض حاملگی و زایمانهای قبلی:							
Other: سایر:							
Signature : امضاء:							