



ماه

فرم معرفی مادران باردار تحت مراقبت توسط شاغلین در واحد های غیر دانشگاهی

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تشکیل پرونده	سن بارداری به هفته در زمان مراجعه	سال تولد مادر	بارداری پر خطر به دلیل *	شماره تماس	آدرس	مراجعه تکراری	توضیحات

❖ این اطلاعات صرفاً جهت تشکیل بانک اطلاعاتی خانم های باردار و استخراج شاخص های بهداشتی ارسال می گردد.

مهر و امضا متخصص زنان و زایمان

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

کد :

ماما / پزشک عمومی:

همانگونه که مستحضردید وجود بانک اطلاعاتی خانم های بارداری به منظور به روزرسانی شاخص های بهداشتی/ امداد رسانی در شرایط بحران و ساماندهی مادران بارداری بر خطر اهمیت به سزایی دارد. لذا این دانشگاه اقدام به برنامه ریزی جهت دریافت و ساماندهی اطلاعات این گروه نموده است. در این راستا فرمی تدوین و در اختیار شما قرار گرفته است. امید است بتوانیم با همکاری شما قدمی نوین و موثر در ارائه خدمت به جمعیت خانم های بارداری ساکن در محدوده تحت پوشش برداریم. لازم به ذکر است این اطلاعات محفوظ بود و تنها برای مداخلات و برنامه ریزی های بهداشتی به کار گرفته خواهد شد. پیشاپیش از همکاری شما بسیار سپاسگزاریم.

به منظور هماهنگی در تکمیل فرم توجه شما را به موارد ذیل جلب می نماید.

- ۱- تواتر تکمیل و تحویل این فرم ماهیانه می باشد.
- ۲- فرم دارای ۱۰ ستون است که شما می توانید با فرمت کاغذی و یا در قالب برنامه اکسل این اطلاعات را تکمیل و به نماینده شبکه بهداشت/ مرکز بهداشت تحویل دهید.
- ۳- خواهشمند است در صورت تکمیل و تحویل فرم کاغذی نسبت به خوانا و شفاف بودن اطلاعات اهتمام ورزیده و از هر گونه خط خوردگی در فرم اجتناب فرمایید.
- ۴- در صورت تکمیل فرم کاغذی کلیه اطلاعات با خودکار ثبت شده و از ثبت اطلاعات با مداد که امکان پاک شدن اطلاعات وجود دارد خودداری شود.
- ۵- لازم است کلیه موارد مراجعه خانم های بارداری در طی یک ماه در این فرم ثبت گردد. (در صورت مراجعه بیش از یک بار، تعداد دفعات مراجعه در ستون توضیحات نوشته شود).
- ۶- در صورت مراجعه بیش از یک بار، نیاز به ورود مجدد اطلاعات مادر نیست و کفایت پس از ثبت نام و نام خانوادگی مادر بارداری و سن بارداری در زمان مراجعه، ستون مراجعه تکراری، علامت زده شود.
- ۷- اتباع غیر ایرانی کد ملی ندارند لذا قسمت کد ملی تکمیل نشده و در قسمت توضیحات (اتباع غیر ایرانی) نوشته شود.
- ۸- سن بارداری با دقت و بر حسب هفته بارداری در زمان مراجعه در فرم ثبت گردد.
- ۹- شماره تماس می تواند موبایل یا تلفن ثابت باشد.
- ۱۰- آدرس کامل و خوانا نوشته شده و از نوشتن نام کلی محله یا منطقه سکونت اجتناب فرمایید.
- ۱۱- در هر زمان از بارداری که مادر به هر دلیل پر خطر شناخته شده و نیازمند مراقبت ویژه گردد، لازم است در ستون مربوطه (بارداری پر خطر) با ذکر علت ثبت شود.
- ۱۲- علت پرخطر بودن بارداری بر حسب تشخیص ارائه دهنده خدمت می باشد.
- ۱۳- در صورت تغییر در وضعیت بارداری، علت آن در قسمت توضیحات ثبت گردد. به طور مثال: بستری به دلیل/ ارجاع به بیمارستان به دلیل/ زایمان کرده/ سقط شده/ مرده زایی و ...
- ۱۴- لازم است نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم/ تاریخ تکمیل فرم/ کد و مهر و امضای متخصص زنان و زایمان/ ماما/ پزشک عمومی در انتهای تمام صفحات فرم ثبت گردد.
- ۱۵- مهر و امضای انتهای صفحه به مفهوم تایید اطلاعات ثبت شده در فرم توسط صاحب مهر می باشد.
- ۱۶- کد عددی است که توسط شبکه/ مرکز به شما داده خواهد شد و معرف اطلاعات مطب یا دفتر کار شما در واحد نظارت بر درمان می باشد.