

عيادة النساء بشمال كولورادو
استبيان ما قبل الولادة

2:46 2009/7/6 م

اسم المريضة: نيكول ذا تيبست

السن:	تاريخ الميلاد:	اسم والد الطفل:
العنوان:		اسم الشريك:
هاتف المنزل:		السن:
هاتف العمل:		العنوان:
الهاتف المحمول:		هاتف المنزل:
المهنة:		هاتف العمل:
جهة العمل:		المهنة:
اللغة:		جهة العمل:
الديانة:		اللغة:
المستشفى المخطط الولادة به: MCR أو PVH (ضع دائرة حول أحدهما)		الديانة:

الحمل السابق

السنة/اليوم	عدد أسابيع الحمل	نوع الولادة	المستشفى	وزن الطفل	نوع الطفل	اسم الطفل

1. هل لديك أي أطفال ولدوا بعيوب خلقية؟ نعم/لا
2. هل أصيب أي طفل لديك باليرقان (الصفراء) خلال أول أسبوعين من حياته؟ نعم/لا
3. هل أصبت بداء السكري، أو ارتفاع ضغط الدم، أو النزيف، أو الاكتئاب، أو أية مشكلات أخرى خلال فترة الحمل؟ نعم/لا

الحمل الحالي

1. كم كان يبلغ وزنك قبل الحمل؟ _____
كم يبلغ طولك؟ _____
متى كان أول يوم في آخر دورة شهرية لك؟ _____
هل كانت هذه الدورة (يرجى وضع دائرة حول اختيارك):
أطول أقصر طبيعية؟
متى كان أول يوم في الدورة الشهرية السابقة؟ _____
تأتي الدورة الشهرية عادة كل _____ يوم، وتستمر لمدة _____ يوم.
هل دورتك الشهرية في العادة (يرجى وضع دائرة حول اختيارك):
منتظمة غير منتظمة
إذا كان قد سبق لك استخدام حيوب منع الحمل في الماضي؛ فمتى أخذت آخر حبة؟
إذا كنت قد استخدمت أية وسيلة لمنع الحمل؛ سواء قبل أو أثناء آخر دورة شهرية، فما هي هذه الوسيلة؟
2. هل أصبت بالنزف، أو ظهور بقع دم منذ آخر دورة شهرية لك؟ التاريخ: _____ نعم/لا
3. هل عانيت أحد الأعراض التالية منذ آخر دورة شهرية لك؟
تقلصات أو ألم في البطن التاريخ: _____ لا
تضخم أو ألم في الثديين التاريخ: _____ لا
زيادة مرات التبول التاريخ: _____ لا
إعياء التاريخ: _____ نعم
غثيان وقيئ التاريخ: _____ لا

- نتيجة إيجابية لاختبار الحمل التاريخ: _____
4. هل كان هذا الحمل غير مخطط له؟
- هل سبق أن حاولت أن تحملي ولكن لم تتمكني من ذلك لمدة تزيد عن سنة؟
- هل أنت أو والد الطفل غير سعيدين بهذا الحمل؟
5. تقييم وضع أجهزة الجسم:
- هل تعانيين أية مشكلات كزيادة العطش، أو الضعف، أو فقدان الطاقة؟
- هل تعانيين من أي مشكلات كظهور كدمات بشكل مكثف، أو عدم تجلط الدم عند الإصابة بجرح ما ، أو عند خلع سن؟
- هل تعانيين من أي مشكلات في العينين ، أو الإبصار ، أو في الأذنين ، أو السمع ، أو احتقان الأنف ، أو الحلق؟
- هل تعانيين آلام الصدر ، أو كحة طويلة، أو ضيق النفس؟
- هل تعانيين من أي تورم في اليدين ، أو في القدمين؟
- هل تعانيين الآم المعدة، عدم القدرة على تحمل الطعام، وجود لون أسود أو دم في البراز ، أو إسهال ، أو إمساك ؟
- هل تعانيين الشعور بعدم الراحة عند التبول ، أو الاستيقاظ للتبول ليلا ، أو الحاجة الملحة للتبول؟
- هل تعانيين من تسرب البول عند الضحك ، أو السعال ، أو العطس أو الصعود؟
- هل تعانيين من حكة في منطقة المهبل ، أو زيادة الإفرازات المهبلية؟
- اذكري تاريخ و نتائج آخر مسح لعنق الرحم: _____
- هل تصابين بالنزف بين الدورات الشهرية ، أو بعد الجماع ، أو ألم أثناء الجماع ، أو أية مشكلات جنسية أخرى؟
- هل تعانيين من ألم أو تكتل أو خروج سوائل من الثديين؟
- هل تعانيين من صداع ، أو دوام ، أو إعتام الرؤية ، أو فقدان الاحساس ، أو شلل؟
- هل تعانيين من فقدان الشهية ، أو مشكلات في الخلود إلى النوم ، مشكلات أو أثناء النوم؟
- هل تتيكين بدون سبب ، أو تشعرين بالقلق ، أو الاكتئاب ، أو تروادك فكرة الانتحار؟
- هل سبق أن قمت بزيارة طبيب الأمراض العقلية أو النفسية؟
- هل لديك مشكلات تسبب لك الضيق سواء في المنزل أو في العمل؟
- هل تعانيين من أية آلام في الظهر ، أو العضلات ، أو العظام ، أو المفاصل؟
6. اذكري أية أدوية تناولتها منذ آخر دورة شهرية. الأدوية المذكورة لاحقا هي الموجودة بملفك.
- هل تتناولين فيتامينات ما قبل الولادة حاليا؟
7. رجاء اذكري أية مشكلات متعلقة بحملك ، أو صحتك العامة ترغبين في مناقشتها:

التاريخ المرضي السابق

1. برجاء وضع دائرة حول أي مرض عانيت منه سابقاً
- الحصبة الألمانية ، الجديري ، التهاب الغدة النكافية ، الحمى الروماتيزمية ، عدوى في المثانة أو الكلى ، الالتهاب الكبدى ، اليرقان (الصفراء).
2. برجاء وضع دائرة حول أية مشكلات عانيت منها سابقاً:
- السكري ، اضطرابات الغدة الدرقية ، السرطان ، حساسية تجاه أطعمة أو مواد يمكن استنشاقها ، الأنيميا ، عدم تجلط الدم ، مشكلات في القلب ، ارتفاع ضغط الدم ، التهاب الأوردة أو الجلطات ، مشاكل في الرئتين ، الربو ، تشنجات ، صرع ، شلل الأطفال ، اضطرابات انفعالية ، اكتئاب ، مشكلات تتعلق بالكحوليات ، مشكلات تعاطي مخدرات ، أمراض الدماغ ، الأعصاب ، الكبد ، الكلى، الأمعاء ، اضطرابات في الأعضاء الأنثوية (عنق الرحم ، الرحم).
- قائمة المشكلات الحالية:

3. برجاء ذكر جميع المرات التي تم حجزك فيها في المستشفى أو تم إجراء جراحة لك، ما لم يتم ذكرها أسفله:

السنة / التاريخ / السن المستشفى الطبيب المعالج سبب الجراحة/الاحتجاز بالمستشفى نوع الجراحة المضاعفات

4. برجاء ذكر جميع أنواع الحساسية التي تعانيها تجاه العقاقير والأدوية، في حالة عدم ذكرها في السطور التالية:

6. هل تعاني من أية عيوب خلقية؟

7. هل أصيبت بأحد الأمراض الآتية من قبل؟

- السلان
- الزهرى
- الكلاميديا (المتدثرة)
- الهربس (القوباء)
- التأليل التناسلية
- هل سبق لك الحصول على مسح غير طبيعى لعنق الرحم؟
- هل سبق لك إجراء منظار مهبلية؟
- هل سبق لك الخضوع للاستئصال العروى بالجراحة الكهربائية (LEEP)؟ التاريخ:
8. هل سبق نقل دم لك؟
9. تاريخ آخر تحصين ضد التيتانوس:
10. هل سبق لك أن عانيت أية مشكلات صحية خطيرة؟ برجاء التوضيح:

عوامل الخطر في فترة الحمل

نعم/لا
نعم / لا
نعم / لا

1. هل سيبلغ سنك 35 سنة أو أكثر عند ولادة طفلك؟
2. هل يعاني أحد أفراد أسرتك أياً من الأعراض التالية والتي يحتمل أن تكون وراثية؟
التليف الكيسي
متلازمة داون (المنغولية)
ضمور العضلات
عند الإجابة بـ نعم ، فما نوعه؟ _____
أزمة قلبية أو سكتة دماغية قبل سن 45 سنة
الناعور (الهيموفيليا)
مرض هنتنجنغتون
استسقاء الدماغ (ماء على المخ)
عيوب بالأنبوب العصبي (السنسنة المشقوقة)
الفينيل كيتونوريا PKU
الأنيميا (أنيميا الخلايا المنجلية ، الثلاسيميا)
مرض تاي ساكس (مرض يهود الأشكيناز)
الإجهاض المتكرر (3 مرات أو أكثر)
أخرى:

نعم / لا

3. هل تدخين السجائر؟

إذا كانت الإجابة بنعم ، فكم مرة تدخين في اليوم: _____ في أي سن بدأت تدخين؟ _____

إذا كنت تشرب الكحوليات ، فما نوع الكحوليات التي تشربها؟ _____

كم عدد الكؤوس التي تشربها في الأسبوع؟ _____

هل تعاطيت أحد العقاقير التالية منذ آخر دورة شهرية:

أكيوتان

ستريبتومايسين أو جينتاميسين

علاجات مضادة للسرطان

حبوب منع الحمل

كوماتدين (لعلاج تجلط الدم)

ديلانين ، ديباكين ، أو أي أدوية أخرى لعلاج الصرع

فلوجل ، أو ميترونيدازول

فيتامينات أخرى (أكثر من الحد الأدنى المطلوب يوميا)

هل سبق أن تعاطيت أنت أو والد الطفل مخدرات ممنوعة كالكوكاين ، أو الماريجوانا أو الأمفيتامينات ، أو إل.إس.دي ، أو

الهيروين ، أو الكوالونز خلال الثلاثة اشهر التي تسبق الإخصاب؟

هل تتعاطين أنت ، أو والد الطفل حاليا أيًا من المخدرات الممنوعة السابق ذكرها؟

4. هل سبق أن تعرضت لمواد كيميائية محتملة الخطورة كمبيدات أجنبية أو رانج ، أو الديوكسين ، أو المبيدات الحشرية؟

هل تعرضت لفحص بأشعة إكس منذ آخر دورة شهرية لك؟

منذ آخر دورة شهرية لك ؛ هل أصبت بالحصبة الألمانية (الحمراء) أو الجدري (الحمق)؟

هل تأكلين اللحم النيئ ، أو تقومين بتغيير صندوق فضلات القطط؟

هل تشكين في أنك يمكن أن تكوني قد أصبت بفيروس الإيدز من خلال اتصال جنسي ، أو إير ملوثة ، أو نقل دم؟

هل تعملين في مؤسسة مع معاقين ذهنيًا ، أو جسديًا؟

هل لديك أطفال في سن الحضانة التي تسبق المدرسة؟

هل أصبت بحمى منذ آخر دورة شهرية لك؟

هل استخدمت حمامات السونا ، أو حمامات ماء ساخن منذ آخر دورة شهرية لك؟

5. هل تتبعين نظامًا غذائيًا خاصًا؟

هل تعانين من ضغط انفعالي شديد؟

هل تمارسين الرياضة بانتظام؟

هل تستخدمين حزام الأمان أثناء جلوسك في السيارة؟

هل علاقتك بوالد الطفل مستقرة و مُرضية؟

نعم / لا

التاريخ المرضي العائلي

التاريخ المرضي للعائلة كما ورد في الملف:

هل أنت: (برجاء وضع دائرة حول كل ما ينطبق)

قوقازية آسياوية من حوض البحر المتوسط أمريكية أفريقية هسبانية كندية فرنسية يهودية أخرى: _____

هل والد الطفل

قوقازي آسياوي من حوض البحر المتوسط أمريكي أفريقي هسباني كندي فرنسي يهودي أخرى: _____

هل توجد أي حالة من الحالات التالية في عائلتك ، أو لدى والد الطفل ، أو في عائلته؟ ضعي علامة فقط على "نعم" أو "لا" - و سنقوم بتحديد أي فرد من أفراد الأسرة خلال المناقشة في الموعد المخصص لك.

المرض	أحد أفراد عائلتك	والد الطفل فقط	أحد أفراد عائلته
عيوب خلقية	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
تاخر عقلي	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
خلل جيني	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
توأم	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
أورام ليفية	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
مرض بطانة الرحم	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا
السكري	نعم / لا	نعم / لا	نعم / لا

لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	أنيميا
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	سكتة دماغية/جلطات دموية
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	أزمة قلبية
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	ارتفاع ضغط الدم
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	مشكلات في الغدة الدرقية
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	هشاشة العظام
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	نزيف
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	الخراف / الزهايمر
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	سرطان المبايض
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	سرطان الرحم
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	سرطان القولون
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	سرطان الثدي
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	نوع سرطان آخر
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	مشكلات خاصة بالكحوليات أو المخدرات
لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	لا	أو	نعم	اكتئاب

تعليقات: