



PH-08-3 แบบบันทึก case การให้บริการตรวจครรภ์

ชื่อ-สกุล นิสิต..... แหล่งฝึก..... จังหวัด..... แผนก.....

รพ./รพ.สต..... ออกให้ครั้งแรกวันที่..... ชื่อ-สกุลหญิงตั้งครรภ์..... อายุ..... ปี HN..... อาชีพ.....
เลขที่บัตรประชาชน..... โทรศัพท์..... ที่อยู่..... ชื่อ-สกุลสามี..... อายุ..... ปี HN..... อาชีพ.....
เลขที่บัตรประชาชน..... โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

High risk:.....

การตรวจร่างกาย น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กก. สูง..... ซม. BMI.....
HEART..... normal..... abnormal
LUNG..... normal..... abnormal

ประวัติผ่าตัดคลอด.....
ประวัติแพ้ยา/อาหาร.....

เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

ประวัติครรภ์อดีต	ประวัติครรภ์ปัจจุบัน	ประวัติทางอายุรกรรม
<input type="checkbox"/> เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด(1เดือนแรก)	<input type="checkbox"/> อายุ <17 ปี (นับถึงEDC)	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน	<input type="checkbox"/> อายุ > 35 ปี (นับถึงEDC)	<input type="checkbox"/> ต่อมไทรอยด์โต
<input type="checkbox"/> เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	<input type="checkbox"/> ครรภ์แรกหรือครรภ์ที่4ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> โรคธาลัสซีเมีย
<input type="checkbox"/> เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง (Hb<11 gms.หรือHct<33%)	<input type="checkbox"/> SLE
<input type="checkbox"/> เคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> พบไข่ขาว/และหรือน้ำตาลในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> DM ชนิดพึ่ง Insulin
<input type="checkbox"/> เคยผ่าตัดด้วยภาวะภายในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก, ผ่าตัดปากมดลูก, ผูกปากมดลูก, ผ่าตัดคลอด ฯลฯ	<input type="checkbox"/> BP≥140/90 mmHg	<input type="checkbox"/> โรคไต
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ

ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว
อยู่กินกับสามี..... ปี
ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดวิธี.....
เป็นระยะเวลา..... ปี..... เดือน
หยุดคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์
ระยะเวลา..... ปี..... เดือน
ประวัติประจำเดือนสม่ำเสมอ.....

ลงชื่อ..... อาจารย์พี่เลี้ยง
(.....)
...../...../.....

ประวัติการตั้งครรภ์

ครรภ์	คลอด/แท้ง	วิธีคลอด/แท้ง	อายุครรภ์ คลอด(wk.)	น้ำหนักทารก แรกเกิด (กรัม)	เพศ	สถานที่คลอด/ แท้ง	ไหล่ติด/ตกเลือด/ อื่นๆ	ว/ดป/คลอด/ แท้ง	สภาพทารกปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยและตั้งครรภ์ของบุคคลในครอบครัว

- โรคชัก
 เบาหวาน
 ความดันโลหิตสูง
 พิการแต่กำเนิด
 ครรภ์แฝด
 ปัญญาอ่อน
 อื่นๆ.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Date ภรรยา	Blood group	Rh	Hct	Plt.	HBsAg	VDRL	Anti- HIV	MCV	DCIP	Hb typing
ครั้งที่ 1										
ครั้งที่ 2										
ผลเลือดสามวัน										

ประวัติฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

ก่อนตั้งครรภ์เคยฉีด.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายวันที่.....

ฉีด dt1 วันที่..... dt 2 วันที่.....

ฉีด dt 3 วันที่..... dt เข็มกระตุ้นวันที่.....

....ไม่ได้ฉีดวัคซีนในครรภ์นี้ (เพราะได้รับเข็มที่ 3 หรือเข็มกระตุ้นมาไม่
เกิน 10 ปี)

ลงชื่อ อาจารย์พี่เลี้ยง
(.....)
...../...../.....

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ครรภ์ที่.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....คะเนกำหนดการคลอด.....จำนวนบุตรมีชีวิต.....คน อายุ.....ปี.....เดือน

วันที่ตรวจ	น้ำหนัก ก.ก.	ผลตรวจปัสสาวะ Albumin/sugar	ตรวจ ห้วนม/ เต้านม	ความดัน โลหิต	ขนาดของ มดลูก (ซม.)	ท่าเด็ก/ ส่วนนำ/ การลง	เสียง หัวใจ เด็ก	เด็ก ตื่น	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	การตรวจร่างกาย/ ประเมินภาวะเสี่ยง	การวินิจฉัยและ รักษา	วันนัด	ผู้ตรวจ

ลงชื่ออาจารย์พี่เลี้ยง
(.....)
...../...../.....

ประวัติการคลอดในครรภ์นี้ คลอดวันที่.....เพศ..... น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม ความยาว.....ซม. เส้นรอบศีรษะ.....ซม.
 APGAR Score (1นาที) (5 นาที)..... ความผิดปกติแต่กำเนิด.....
 สถานที่คลอด..... คลอดโดย..... ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด..... ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด.....

บันทึกการเยี่ยมหลังคลอด

วันที่ตรวจ	ความดันโลหิต	ระดับมดลูก	น้ำคาวปลา	หัวนมและเต้านม	การหลั่งของน้ำนม	ความสะอาดของสะดือเด็ก	ผู้ตรวจ

ลงชื่อ อาจารย์พี่เลี้ยง
 (.....)
/...../.....