

شماره پرونده:

تاریخ پذیرش:

پزشک معالج:

بیمارستان:

معرف:

شهرستان:

بنام خالق حکیم

فرم مشخصات بیماران تحت پوشش

موسسه خیریه حمایت از کودکان با ناهنجاریهای مادرزادی

(محکم)

الصاق
عکس

الف : مشخصات بیمار :

نام : نام خانوادگی : نام پدر: جنسیت: دختر پسر شماره شناسنامه(کد ملی):

تاریخ تولد : / / محل تولد: محل صدور: دین مذهب چندمین فرزند خانواده:

چند قلوئی : قل چندم : تعداد فرزندان خانواده: تابعیت : سادات عام

سابقه بیماری در دوران نوزادی و شیر خواری :

آدرس:

تلفن: و و

شماره حساب (شماره سپرده): نام بانک کد بانک نام صاحب حساب شماره

نوع ناهنجاری:

ردیف	نام بیماریها	ردیف	نام بیماریها	ردیف	نام بیماریها
۱	ابهام جنسی	۱۳	اپیسیادیاس	۲۵	سندرم پیر روبین
۲	آترزی مجاری صفراوی	۱۴	آترزی مری	۲۶	قلب تک بطنی
۳	کاردیومیوپاتی	۱۵	اکستروفی مثانه	۲۷	جابجائی عروق بزرگ قلب
۴	لب شکری	۱۶	بی اختیاری مدفوع	۲۸	آترزی دریچه تریکوسپید قلب
۵	شکاف کام	۱۷	بیماری هیرشپرونک	۲۹	تترالوژی فالوت
۶	کیست کولدوک	۱۸	هیدروسفالوس	۳۰	انسداد مجاری ادراری
۷	پاچنبری	۱۹	هیپوسپادیاس	۳۱	دیابت مادرزادی
۸	هیپر پلازی غده فوق کلیوی	۲۰	مقعد بسته	۳۲	کمبود هورمون رشد
۹	در رفتگی مادرزادی مفصل لگن	۲۱	میلو منینگوسل / منینگوسل	۳۳	گلوکوم چشم
۱۰	خروجی دوگانه بطن راست قلب	۲۲	مثانه نوروژنیک	۳۴	کاتاراکت چشم
۱۱	انسفالوسل	۲۳	امفالوسل	۳۵	آرپی چشم
۱۲	دیفکت کوشین اندوکاردیال قلبی	۲۴	اوستیوژنزیس ایمپرکتا	۳۶

ب : مشخصات مادر :

نام خانوادگی : سن مادر(در زمان بارداری):..... اصلیت مادر :..... شغل مادر :.....
مدت حاملگی:..... دفعات حاملگی زنده □زودتر از موعد □ مرده □ سقط □ تعداد سقط :..... علت سقط :.....
وزن نوزاد:..... شرح مختصری زایمانهای قبلی:.....

نوع زایمان : طبیعی □ سزارین □ نوع حاملگی : خواسته □ ناخواسته □
سابقه تولد نوزاد مشابه : دارد □ ندارد □ روش حاملگی : طبیعی □ IVF □
سابقه و یار بارداری : بلی □ خیر □ سابقه مصرف دارو برای و یار: دارد □ ندارد □
پوزسیون: (با سر)Cephalic □ (با پا)Breach □ آپگار

محل تولد: منزل □ زایشگاه □ بیمارستان □ سایر □ نام مرکز محل تولد
سابقه بیماری قبل از دوران بارداری : دارد □ ندارد □ نوع:.....

سابقه بیماری در دوران بارداری و شیر دهی : دارد □ ندارد □ نوع:.....

سابقه استرس در دوران بارداری: دارد □ ندارد □

نوع بیماری روانی هنگام حاملگی

نوع بیماری جسمی هنگام حاملگی

نوع آب مصرفی لوله کشی □ چاه □ چشمه □ غیره

سابقه استفاده از مواد آرایشی و بهداشتی: دارد □ ندارد □ نوع ماده و زمان مصرف:.....

سابقه مصرف سیگار در مادر: دارد □ ندارد □ تعداد مدت مصرف

سابقه مصرف دارو در مادر : دارد □ ندارد □ نوع دارو دوزاژ.....

سابقه استفاده مواد شیمیائی در دوران بارداری : دارد □ ندارد □

سابقه استفاده از اسید فولیک در دوران بارداری : دارد □ ندارد □

ج : مشخصات پدر :

نام و نام خانوادگی پدر : سن پدر :

اصلیت پدر :..... شغل پدر : میزان درآمد ماهانه :

سابقه مصرف داروی خاص قبل از انعقادنطفه در پدر :

سابقه مصرف سیگار در پدر : دارد □ ندارد □ تعداد:..... مدت مصرف:.....

سابقه مصرف سایر مواد در پدر : دارد □ ندارد □ مقدار:..... مدت مصرف:.....

سابقه مصرف مواد مخدر پدر : دارد □ ندارد □ نوع:..... مدت مصرف:.....

وضعیت ارتباط عاطفی پدرومادر: ضعیف □ متوسط □ خوب □ عالی □

نگرش پدر و مادر نسبت به بیماری فرزند: امید به بهبودی □ تلاش جهت بهبودی □

نسبت مادر و پدر:..... بودن محل سکونت در نزدیکی دکل برق و یا منابع انرژی دارد □ ندارد □