

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

شماره پرونده:	Unit Number:
---------------	--------------

شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living child: نوزاد زنده	Abortion: تعداد سقط:	Para: تعداد زایمان:	Gravida: تعداد حاملگی:
Dead Child: نوزاد مرده	Still birth: تعداد مرده زایی:		
LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age: سن بارداری:	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:	LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:
	by Sonography: با سونوگرافی:		
Childbirth preparation class: شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:		Prenatal care: انجام مراقبت های بارداری:	
No: خیر	Yes: بله	No: خیر	Yes: بله
Cause: علت:	Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:		
	No: خیر Yes: بله		

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Heart dis: بیماری قلبی
Infertility & ART: نازایی و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
HbsAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
Other: سایر:			

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family history: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

Fetus Malformation: جنین ناهنجار	dystocia: زایمان سخت	post partum hemorrhage: خونریزی پس از زایمان	Birth weight > 4000 gr: نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم
	Vacuum or forceps delivery: زایمان با فورسپس یا واکيوم	Preterm labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:	Post term labor: زایمان پس از موعد		Birth weight < 2500 gr: نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم
If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:			
Other: سایر:			

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: Current Medications & Addiction History

داروهای در حال مصرف	Current Medications
حساسیت دارویی	Drug sensitivity
وابستگی به مواد مخدر/ سیگار	Addiction/ cigarette

معاینات بدنی و بررسی های بالینی Physical Examination & Clinical Investigation

Vital Sign

علائم حیاتی:

فشارخون:	BP:	نبض:	PR:	درجه حرارت:	T:	تنفس:	RR:
----------	-----	------	-----	-------------	----	-------	-----

زمان شروع درد:	Onset of labor pain:	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	FHR:	تخمین وزن جنین:	Weight estimate:
----------------	----------------------	--------------------------------	------	-----------------	------------------

Vaginal exam

معاینه واژینال:

دیلاتاسیون:	Dilatation:	افاسمان:	Effacement:	جایگاه جنین:	Station:	نمایش جنین:	Presentation:
وضعیت:	Position:	خونریزی	Bleeding:	دارد	Yes	ندارد	No
وضعیت کیسه آب	Amniotic membrane:	زمان پارگی:	Time of rupture:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid:		

گروه خون و ارهانش:	Blood Group & Rh:	قد:	Height:	وزن:	Weight:
ارهانش همسر (در صورت منفی بودن ارهانش مادر):	Partner's Rh:				

Physical Examination:

معاینه فیزیکی:

Eyes:	<input type="checkbox"/>	چشم:	<input type="checkbox"/>
Nose:	<input type="checkbox"/>	بینی:	<input type="checkbox"/>
Mouth:	<input type="checkbox"/>	دهان:	<input type="checkbox"/>
Throat:	<input type="checkbox"/>	گلو:	<input type="checkbox"/>
Neck:	<input type="checkbox"/>	گردن:	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes:	<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/>
Chest:	<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:	<input type="checkbox"/>
Breast:	<input type="checkbox"/>	پستان:	<input type="checkbox"/>
Heart:	<input type="checkbox"/>	قلب:	<input type="checkbox"/>
Lung:	<input type="checkbox"/>	ریه:	<input type="checkbox"/>
Vessels:	<input type="checkbox"/>	عروق:	<input type="checkbox"/>
Abdomen:	<input type="checkbox"/>	شکم:	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):	<input type="checkbox"/>
Rectum:	<input type="checkbox"/>	مقعد:	<input type="checkbox"/>
Nervous System:	<input type="checkbox"/>	اعصاب:	<input type="checkbox"/>
Extremities:	<input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):	<input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles:	<input type="checkbox"/>	استخوان- مفاصل- عضلات:	<input type="checkbox"/>

Summary خلاصه

Primary Diagnosis تشخیص اولیه

Name Of Examining Physician :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

ثبت پیشرفت زایمان

Labor Progress Record

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			
			Date تاریخ
			Time ساعت
			FHR قلب جنین
			شدت Intensity
			فاصله Frequency
			مدت Duration
			Dilatation دیلاتاسیون
			Effacement افاسمان
			Station ایستگاه
			عضو نمایش Presentation
			وضعیت Position
			کیسه آب Amniotic Membrane
			دستورات دارویی Medication Order
			اکسی توسین / میزوپروستول Oxytocin/misoprostol
			تعداد قطره / مقدار Dose/Drop in min
			P تعداد نبض
			BP فشارخون
			RR تعداد تنفس
			T درجه حرارت
			نام و نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

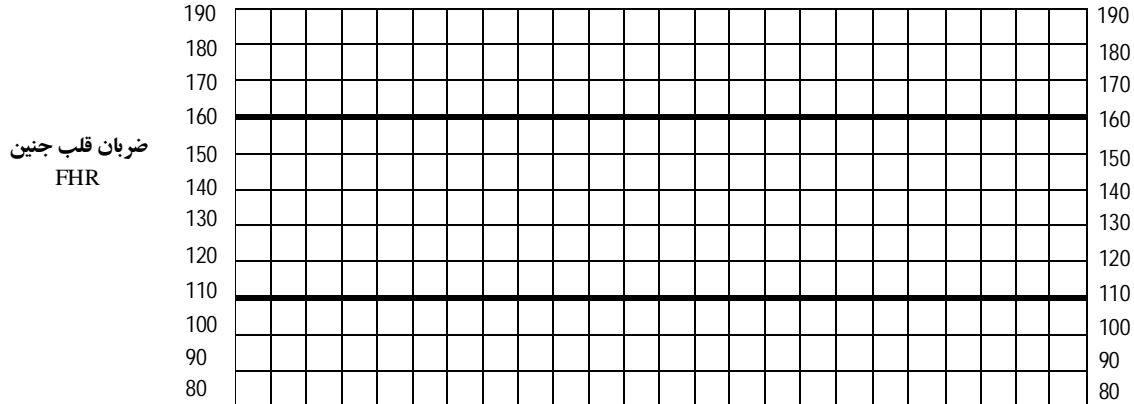
روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

Method :	نوع روش :
Onset of Pain management	ساعت شروع :
Duration	مدت زمان استفاده :
Labor support :	حضور همراه: : بله : Yes : خیر : No :
توضیحات:	

پارتوگراف
Partograph Chart

Unit Number: شماره پرونده:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش ساعت:	Bed:	تخت:				

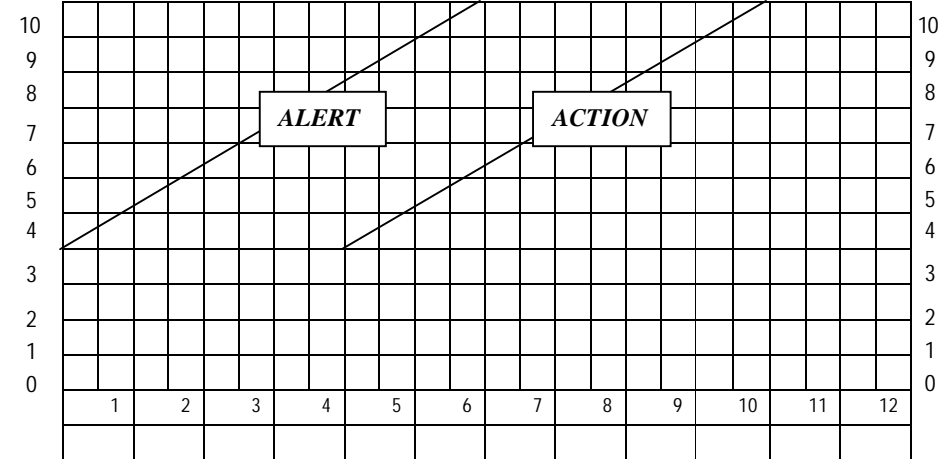


وضیعت کیسه آب و مایع آمنیوتیک
Membranes & Amniotic Fluid

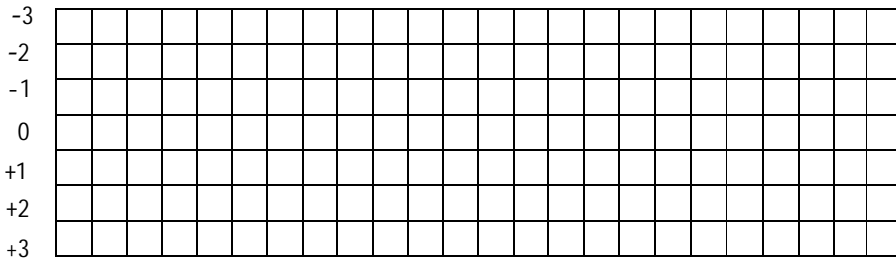


دیلاتاسیون
Dilatation

ساعت
Time



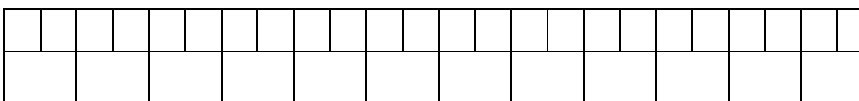
نزول سر جنین
Descend



انقباض / 10 دقیقه
Contraction / 10min

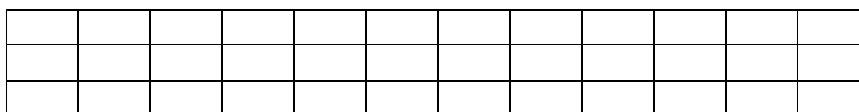


اکسی توسین (قطره/دقیقه)
Oxy. (drop/min)



داروهای مصرفی

فشارخون
BP
نبض
PR
درجه حرارت
T



امضا
Sign



شماره پرونده: Unit Number:

زایمان
Delivery

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Placenta expulsion : ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time: تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion : خروج جفت و پرده ها: Incomplete ناقص Complete کامل	Position of delivery : وضعیت زایمان upright Lithotomy لیثاتومی
No: خیر: Yes: بله Episiotomy/ اپی زیاتومی: در صورت پارگی، درجه آن: 1 2 3 4	Delivery Method روش زایمان Instrumented delivery واژینال با وسیله Vaginal واژینال Cesarean سزارین VBAC واژینال بعد از سزارین
If Laceration, degree of that: Dead/مرده Alive/زنده تعداد نوزاد/No Apgar at 5/ آپگار دقیقه پنجم Apgar at 1/ آپگار دقیقه اول	Infant Sex جنس نوزاد Ambiguous مبهم Male پسر Female دختر
	عامل زایمان / Birth attendant: Physician/پزشک Midwife/ماما
توضیحات ضروری:	

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	نوع دارو	نوع دارو	Dose & time	نوع دارو
	پروستاگلاندین F _{2α}	Prostaglandin F _{2α}		اکسی توسین Oxy.
	میزوپروستول Misoprostol	Misoprostol		مترژن Methergine
	سایر: Other	Other		آنتی بیوتیک Antibiotic

مراقبت 2 ساعت اول پس از زایمان: Post partum care (2 hour)

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)	ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)	Time
		ساعت
		حال عمومی General appearance
		میزان خونریزی Bleeding
		وضعیت رحم Uterine
		وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum & Suture
		وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
		فشارخون Blood Pressure
		درجه حرارت Temperature
		تعداد نبض Pulse
		تعداد تنفس Respiratory Rate
		نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

مادر در تاریخ ساعت با فشارخون نبض وضعیت رحم میزان خونریزی حال عمومی به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت.

شماره پرونده: Unit Number:

مراقبت پس از زایمان
Post partum care

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

هر 6 ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (3-6 hours)				
					ساعت Time
					حال عمومی و سطح هوشیاری Appearance & Consciousness
					میزان خونریزی Bleeding
					وضعیت رحم Uterus
					وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum
					فشارخون Blood Pressure
					وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
					درجه حرارت Temperature
					تعداد نبض Pulse
					تعداد تنفس Respiratory Rate
					میزان برون ده ادراری Urine Output
					داروهای مصرفی Medicines
					نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

نتایج آزمایش های قبل از ترخیص.....
 Result of Lab before discharge.....
 هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه.....
Education & recommendation.....

Contraception روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign علامت خطر مادری	New born danger sign علامت خطر نوزادی	New born care مراقبت از نوزاد
Next visit date زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی reast feeding/ Breast care/ Using drug

Helping mother for second breast feeding date & time :

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر:

Name & Signature :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده

Discharge Date & Time :

تاریخ و ساعت ترخیص :

**ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی
 در بارداری و پس از زایمان**

شماره پرونده: Unit Number:

Risk assessment for venous thromboembolism(VTE)

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی	
Previous venous thromboembolism (VTE)	سابقه ترومبوآمبولی وریدی
Heritable thrombophilia	ابتلا به ترومبوفیلی ارثی
Acquired thrombophilia (Antiphospholipid antibody)	ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)

سایر عوامل خطر

شرایط عمومی و بارداری فعلی		
Intravenous drug user اعتیاد تزریقی	استعمال دخانیات بیش از 10 سیگار در روز Smoking > 10 Cigarettes/day	Age > 35 years سن بیش از 35 سال
Gross Varicose Veins وریدهای واریسی	Paraplegia/Wheelchair user	فلج/ استفاده از صندلی چرخدار
چاقی (BMI بیشتر از 30) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از 80 کیلوگرم		
Obesity (BMI ≥ 30 kg/m ²) either prepregnancy or early pregnancy/ weight >80 kg		
Admission or Immobility (≥ 3 days)		
بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از 3 روز استراحت در بستر)		
OHSS سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان	Multiple pregnancy چندقلوبی	Parity ≥ 3 زایمان سوم یا بیشتر
ART بارداری با روشهای کمک باروری	Hyperemesis gravidarum استفراغ شدید بارداری	Dehydration دهیدراتاسیون
ابتلا به بیماریها		
Pneumonia پنومونی	Lung disease بیماری ریوی	Heart disease بیماری قلبی
SLE لوپوس	Cancer سرطان	Pyelonephritis پیلونفریت
Current Systemic Infection عفونت سیستمیک کنونی		Sickle cell disease بیماری سایکل سل
Nephrotic syndrome (proteinuria ≥ 3 g/day)		سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از 3 گرم در روز)
Inflammatory Conditions (inflammatory bowel disease or inflammatory polyarthropathy)		
التهابها (بیماری التهابی روده، پلی آرتروپاتی التهابی)		
شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان		
Pre-eclampsia پره اکلامپسی	Caesarean سزارین (اورژانس یا غیر اورژانس)	لیبر طولانی (بیشتر از 24 ساعت) Prolonged Labor (≥ 24 hours)
Postpartum infection عفونت پس از زایمان	Mid-cavity rotational operative delivery زایمان با فورسپس بالا	تزریق خون Blood transfusion
Postpartum sterilization بستن لوله ها (پس از زایمان طبیعی)	Evacuation of retained products of conception کورتاژ	خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر Postpartum Hemorrhage (≥ 1 litre)
Any surgical procedure in pregnancy or ≤ 6 weeks postpartum		هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا 6 هفته)

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

Date & time فرم تکمیل فرم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Mother's ID Number کد ملی مادر:	شماره پرونده: Mother's Unit Number:
------------------------------------	-------------------------------------

شرح حال نوزاد بدو تولد
NEWBORN BIRTH HISTORY

Mother's date of birth تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name نام خانوادگی مادر:
Consanguinity نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Familyname: نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality ملیت مادر:	Father's Nationality ملیت پدر:

Mother's Medical History.....تاریخچه پزشکی مادر.....

Delivery Method روش زایمان	Gestational age (week) سن بارداری به هفته:	Gravidity تعداد حاملگی:
Vaginal Delivery واژینال	by sonography سن بارداری با سونوگرافی:	Parity تعداد زایمان:
Instrumented delivery واژینال با وسیله	3	Abortion تعداد سقط:
VBAC واژینال بعد از سزارین	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth تعداد مرده زایی:
Cesarean سزارین	EDC تاریخ احتمالی زایمان:	

Cause of cesarean
علت سزارین

Hypertension فشارخون بالا	Fetal distress زجر جنین	Abnormal labor لیبر غیر طبیعی	Repeated Cesarean سزارین قبلی
Cephalopelvic disproportion عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean خواست مادر	Malposition of fetus نمایش غیرطبیعی	Placenta & Umbilical cord Disorders مشکلات جفت و بندناف
Others سایر			

Hypertension فشارخون بالا	Diabetes دیابت	Genito-urinary infections عفونت های ادراری - تناسلی
Others سایر	Hereditary disease in family بیماری ارثی در خانواده	Thyroid بیماری تیروئید

Drug or substance abuse. سوء مصرف مواد و داروها

Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs before pregnancy مصرف داروی خاص پیش از بارداری
-----------------------	-------------------	---

Duration مدت مصرف:	Drug نام دارو:	drugs during pregnancy مصرف داروی خاص حین بارداری
-----------------------	-------------------	--

Drug نام دارو:	Drug Sensitivity حساسیت دارویی
-------------------	-----------------------------------

Drugs during labor & delivery مصرف دارو حین لیبر و زایمان:

Others سایر	Corticosteroid کورتیکو استروئید	Narcotic داروی مخدر	MgSo4 سولفات منیزیم	Oxytocin اکسی توسین
----------------	------------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Detail of the birth.....اطلاعات تولد.....

Time & Date rupture of membrane تاریخ و ساعت پارگی پرده ها

Amniotic fluid وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid volume حجم مایع آمنیوتیک:
--	---

Bloody خونی	Meconium مکونیومی	Clear شفاف	Oligohydramnios اولیگو هیدرآمنیوس	Normal طبیعی	Polyhydramnios پلی هیدرآمنیوس
----------------	----------------------	---------------	--------------------------------------	-----------------	----------------------------------

Newborn's time of birth ساعت تولد نوزاد:	Newborn's date of birth تاریخ تولد نوزاد:
---	--

plurality : تعداد قل:	Newborn Sex: جنس نوزاد:
--------------------------	----------------------------

Birth Order: رتبه قل:	Ambiguous میهم	Male پسر	Female دختر
--------------------------	-------------------	-------------	----------------

Skin to skin contact Duration: مدت تماس پوست با پوست:	Urinating after birth دفع ادرار بعد از تولد
--	--

Breast Feeding in first hour تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد	Defecation after birth دفع مدفوع بعد از تولد
--	---

Cord blood sample نمونه خون شریان بندناف

Congenital Anomaly وجود ناهنجاری بدو تولد:

Nervous system سیستم عصبی	Neural tube disorders نقص لوله عصبی	No Anomaly ناهنجاری ندارد
Down Syndrome سندرم داون (تریزومی 21)	Hands & Feet دستها و پاها	Genito-urinary دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه
Cleft lip/palate شکاف لب/شکاف کام	Other's Chromosomal anomalies سایر ناهنجاری های کروموزومی	Cardiovascular قلبی و عروقی
Ear & eye گوش و چشم	Musculoskeletal عضلانی و اسکلتی	Face & Neck گردن و صورت
Others Non determined	سایر ناهنجاری های تعریف نشده	

جدول آپگار
APGAR Score

20 دقیقه	15 دقیقه	10 دقیقه	5 دقیقه	1 دقیقه	2	1	0	نشانه Sign
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزاتنهاها Acrocyanotic	سیانوزه یا رنگ ریده Blue or pale	رنگ Color
					بیشتر از 100 در دقیقه >100 bpm	کمتر از 100 در دقیقه < 100 bpm	ندارد Absent	ضربان قلب Heart rate
					گریه و واکنش فعال Cry & active Withdrawal	تغییر چهره Grimace	پاسخ نمی دهد No response	واکنش به تحریک Reflex irritability
					حرکت فعال Active motion	فلکسیون مختصر Some flexion	شل Limp	تون عضلانی Muscle tone
					خوب، گریه می کند Good, Crying	گریه ضعیف، تنفس کم Weak cry & Hypoventilation	وجود ندارد Absent	تنفس Respiration
جمع								
resuscitation احیاء						توضیحات:		
20	15	10	5	1	Minutes دقیقه			
					Oxygen اکسیژن			
					PPV/NCPAP			
					لوله گذاری داخل ETT تراشه			
					فشردن قفسه سینه Chest Compression			
					اپی نفرین Epinefrine			
The doctor birth Signed & sealed مهر و امضای پزشک مسئول زا یمان					Birth midwife/physician Signed & sealed مهر و امضای عامل زایمان			



اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

اثر پای چپ نوزاد (Left) Newborn Foot Print

اثر پای راست نوزاد (Right) Newborn Foot Print

--	--

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

**Physical Examination &
Clinical Investigation of Newborn**

Mother's ID Number : کد ملی مادر:	Mother's Unit Number: شماره پرونده:
-----------------------------------	-------------------------------------

Mother's date of birth : تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name : نام خانوادگی مادر:
Consanguinity : نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Family name : نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD : پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality : ملیت مادر:	Father's Nationality : ملیت پدر:

:RR / تنفس	:T/ما : دما	:PR/ نبض	Vital Signs	علائم حیاتی
اولین معاینه Exam 1 st				
غیر طبیعی Abnormal	طبیعی Normal			
			Skull & Fontanel	جمجمه و ملاحظه ها
			Skin	پوست
			Head & Neck & Face	سر و گردن و صورت
			Chest & Respiratory	قفسه سینه و تنفس
			Heart	قلب
			Abdomen	شکم
			Genital Organ	دستگاه تناسلی
			Extremities	اندام ها
			Spain	ستون مهره ها
			Anus	مقعد
			Birth trauma	صدمات زایمانی
			Congenital Anomaly	ناهنجاریهای بدو تولد
			Others	سایر موارد
			Urination	دفع ادرار
			Defecation	دفع مدفوع
			Reflexes	رفلکس ها

Signed & sealed	- مهر و امضای معاینه کننده	Time & Date exam:	تاریخ و ساعت معاینه:
-----------------	----------------------------	-------------------	----------------------

Signed & sealed	مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد	Time & Date transfer	تاریخ و ساعت تحویل نوزاد
Signed & sealed	مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد	Signed & sealed	مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد

وزن به گرم: Birth weight (gr) - قد به سانتی متر: Height (cm) - دور سر به سانتی متر: Head Circumference (cm)	
سن به هفته: Birth age (week)	
علائم حیاتی Vital Signs	
نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR: نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:	
اولین معاینه Exam 1st	
دومین معاینه Exam 2nd	
طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal
طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal
جمجمه و ملاحظه ها	Skull & Fontanel
پوست	Skin
سر و گردن و صورت	Head & Neck & Face
قفسه سینه و تنفس	Chest & Respiratory
قلب	Heart
شکم	Abdomen
دستگاه تناسلی	Genital Organ
اندام ها	Extremities
ستون مهره ها	Spain
مقعد	Anus
صدمات زایمانی	Birth trauma
ناهنجاریهای بدو تولد	Congenital Anomaly
سایر موارد	Others
دفع ادرار	Urination
دفع مدفوع	Defecation
رفلکس ها	Reflexes
تغذیه با شیر مادر : Breastfeeding :	مطلوب Desirable / نامطلوب Undesirable
استفراغ : Vomiting :	دارد Yes / ندارد No
تب : Fever :	دارد Yes / ندارد No
بیقراری : Agitation :	دارد Yes / ندارد No
سایر موارد Other	دارد Yes / ندارد No
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:	تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:
مهر و امضا پزشک: Physician Signed:	مهر و امضا پزشک: Physician Signed: