

Tiền sử y khoa cho phụ nữ mang thai

Tên và họ:

Số sinh:

Công ty bảo hiểm:

Kính gửi các bà mẹ tương lai.

Chúng tôi cảm ơn bạn đã quan tâm đến việc sinh em bé tại khoa sản phụ của chúng tôi. Trước khi sự kiện đáng mong đợi này diễn ra, chúng tôi xin bạn điền vào bảng câu hỏi này để bổ sung tiền sử y khoa mà bạn đã hoặc sẽ cùng điền với nữ hộ sinh trong quá trình đăng ký.

1. Họ và tên của cha đứa trẻ

(nếu bạn sẽ ghi vào giấy khai sinh của đứa trẻ)

2. Số sinh của cha đứa trẻ

(đối với người nước ngoài – nếu đã được cấp bởi cơ quan chức năng của nước sở tại)

3. Họ và tên, địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ nhi khoa (bác sĩ trẻ em),

người sẽ tiếp nhận chăm sóc con bạn sau khi xuất viện

4. Ngày tháng năm đăng ký kết hôn

5. Tiền sử y khoa của cha đứa trẻ, cha mẹ và ông bà của anh ấy – ung thư, tiểu đường, bệnh tim mạch, dị tật phát triển, khuyết tật thể chất và các bệnh khác

6. Tiền sử bệnh của cha mẹ và ông bà bên ngoài của đứa trẻ – ung thư, tiểu đường, bệnh tim mạch, dị tật bẩm sinh, khuyết tật cơ thể và các bệnh khác

7. Tiền sử y khoa của mẹ đứa trẻ – các bệnh thời thơ ấu, bệnh truyền nhiễm, bệnh tim, phổi, tuyến giáp, dị ứng và các bệnh nghiêm trọng

8. Bệnh phụ khoa – viêm nhiễm thường xuyên, khí hư, v.v. – đã điều trị chưa?, phẫu thuật phụ khoa hoặc các thủ thuật nhỏ, điều trị cổ tử cung – chi tiết về thủ thuật, điều trị vô sinh – trong bao lâu? phương pháp điều trị?

9. Các phẫu thuật hoặc chấn thương nghiêm trọng – chủ yếu là phẫu thuật bụng, ruột thừa, mang thai ngoài tử cung, sinh mổ – SC

10. Tất cả các lần mang thai trước – theo thứ tự nào (nạo phá thai, sảy thai tự nhiên, mang thai ngoài tử cung), với các bà mẹ đã sinh lần thứ hai hoặc nhiều hơn, hãy luôn ghi rõ giới tính của các con trước đó, kích thước và cân nặng, liệu sinh đủ tháng, sinh tự nhiên hay mổ, kẹp forceps? Bạn đã cho con bú bao lâu? Bạn đã sinh ở đâu? Bệnh trong thời kỳ hậu sản, v.v.

- 11. Trong lần mang thai này** – các vấn đề, bệnh tật, AMC – chọc ối, cảm lạnh, sử dụng bất kỳ loại thuốc nào, bao gồm kháng sinh và các chế phẩm khác trong thai kỳ, đã điều trị khí hư, v.v.
- 12. Phù nề** – tay, chân, mặt, đặc biệt là những chỗ không giảm sưng
- 13. Giãn tĩnh mạch** – bạn có cần mang tất nén khi sinh không?
- 14. Chế độ ăn do bác sĩ chỉ định**
- 15. Dị ứng và các triệu chứng** – dị ứng với kháng sinh – tên thuốc và các loại thuốc khác, chất khử trùng, băng dán,
Dị ứng với côn trùng cắn, bụi, phấn hoa, ve, dị ứng thực phẩm, v.v.
- 16. Thuốc sử dụng dài hạn**
- 17. Truyền máu** – xin vui lòng ghi rõ nếu có phản ứng khi truyền máu và các triệu chứng
- 18. Biện pháp tránh thai** – loại nào và bạn đã sử dụng trong bao lâu?
- 19. Các chất gây nghiện** – hút thuốc, rượu, ma túy (Bạn có đang kiêng không? Bao lâu rồi?)
- 20. Loại tiểu đường** – chế độ ăn, thuốc, insulin hoặc kết quả OGTT cao