

แบบเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์

ชื่อ-สกุลหญิงตั้งครรภ์..... G P A LMP.....
ประเมินผู้พิการ ไม่มีบัตร มีบัตร ระบุเลขบัตร.....
ที่อยู่.....

1. ตรวจสอบประวัติการฝากครรภ์(ขอดูสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก)

ไม่ได้ฝากครรภ์ ฝากครรภ์แล้ว

โรงพยาบาลรัฐ ระบุ..... /โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ระบุ.....

หมายเหตุ ให้เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการจากสถานพยาบาลนอกสังกัดเพื่อบันทึกในระบบต่อไป

2. ให้บริการตรวจวัดสัญญาณชีพ

BP.....mmHg PR.....ครั้ง/นาที RP.....ครั้ง/นาที

3. ภาวะเสี่ยง ไม่มี มี ระบุ

4. ชักประวัติ/ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์

ประวัติอดีต

- เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)
- เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน
- เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
- เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
- เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ
- เคยผ่าตัดด้วยภาวะภายในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก, ผ่าตัดปากมดลูก, ผูกปากมดลูก ฯลฯ
- มีน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ประวัติปัจจุบัน

- ครรภ์แฝด
- อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)
- อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)
- เลือดออกทางช่องคลอด
- มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
- ความดันโลหิต Diastolic \geq 90 mmHg
- BMI < 18.5 กก./ตรม.

ประวัติทางอายุรกรรม

- โลหิตจาง
- โรคเบาหวาน
- โรคไต
- โรคหัวใจ
- ติดยาเสพติด ติดสุรา สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดสูบบุหรี่
- โรคอายุรกรรม เช่น ไทรอยด์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ ถ้าพบมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยง ต้องส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และ/หรือประเมินเพิ่มเติม และทำคลอดโดยสูติแพทย์

5. ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แล้ว

- เวียนศีรษะอ่อนเพลียมาก
- แพ้ท้องมากกว่าปกติ
- ลูกในท้องดึ้นน้อยลง
- ปวดท้องหรือแน่นท้องมาก
- ตกขาวร่วมกับคันหรือมีกลิ่น
- ปัสสาวะขัด
- เหน็บววม
- ลูกในท้องดึ้นน้อยลง
- มีน้ำออกทางช่องคลอด
- ใช้สู่งวัดอุณหภูมิ T=.....C
- อื่นๆ ถ้ามี (โปรดระบุ).....

6. การคัดกรองโรคซึมเศร้า

2Q ใช่ ไม่ใช่

9Q คะแนน..... (ถ้าคะแนน 9Q \geq 7 ให้รีบส่งพบแพทย์)

8Q คะแนน.....

7. การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ตามภาวะโรค เช่น DM/HT/HD/anemia

เหมาะสม ไม่เหมาะสม

8. ประเมินภาวะโภชนาการ

ปกติ ผิดปกติ

9. ประเมินการกินยาบำรุงเลือด

กินเหมาะสม กินไม่เหมาะสม

10.การพบแพทย์ตามนัด

เหมาะสม ไม่เหมาะสม

11.สุขภาพช่องปาก

ฟันผุ ฟันไม่ผุ

มีเหงือกอักเสบ มีหินปูน

11.การส่งต่อ

ไม่ส่งต่อ

ส่งต่อ สาเหตุของการส่งต่อ.....

สถานที่ส่งต่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบต่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

รพ.สต./รพ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สรุปการเยี่ยมบ้าน และคำแนะนำที่ให้.....

.....

.....

.....

แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยม

(.....)

ตำแหน่ง.....

รพ.สต./รพ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับการเยี่ยม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การเยี่ยมครั้งต่อไป (ประเมินตามเกณฑ์เดิม)

ว/ด/ป ที่เยี่ยม	ปัญหาที่พบ	คำแนะนำการแก้ไข	ลงชื่อผู้เยี่ยม