**ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน**

ครรภ์ที่......... ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ........................ กำหนดคลอด............................. by .............

ก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนัก................... กิโลกรัม ส่วนสูง.................... เซนติเมตร BMI ………………..

เคยผ่าตัดคลอด.................. ครั้ง จำนวนบุตรมีชีวิต................ คน บุตรคนสุดท้องอายุ.......................

**การตรวจเต้านม/หัวนม** O ปกติ O สั้น O บุ๋ม O บอด

**การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก**

O เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 3 เข็ม และเข็มสุดท้ายน้อยกว่า10 ปี (ไม่ต้องฉีด)

O เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 3 เข็ม และเข็มสุดท้ายมากกว่า10 ปี ฉีดซ้ำ 1 ครั้ง วันที่.........................

O เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 เข็ม ฉีดเพิ่มอีก 1 เข็ม วันที่....................................

O เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 1 เข็ม ฉีดเพิ่มอีก 2 เข็ม วันที่........................(0) วันที่.........................(6)

O ไม่เคยได้รับวัคซีน วันที่........................(0) วันที่.........................(1) วันที่.........................(6)

**การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่** วันที่....................................

**การตรวจทันตกรรม** วันที่ตรวจ..................... ผลตรวจ O ปกติ O ฟันผุ O หินน้ำลาย O เหงือกอักเสบ

**การคัดกรองสุขภาพจิต** ST-5/ 2Q/ สุรา

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
| ST-5 | คะแนน | คะแนน | คะแนน | คะแนน | คะแนน |
| 2Q | O ปกติ O เสี่ยง | O ปกติ O เสี่ยง | O ปกติ O เสี่ยง | O ปกติ O เสี่ยง | O ปกติ O เสี่ยง |
| สุรา | O ไม่เคย O เคย | O ไม่เคย O เคย | O ไม่เคย O เคย | O ไม่เคย O เคย | O ไม่เคย O เคย |

**การคัดกรองเบาหวาน**

50 g GCT ครั้งที่ 1วันที่................ ผล ..........mg/dl ครั้งที่ 2วันที่............... ผล ...........mg/d

100 g OGTT วันที่................ ผล .................mg/dl

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หญิงตั้งครรภ์ | | สามี |
| ครั้งที่ 1 วันที่ | ครั้งที่ 2 วันที่ | วันที่ |
| HCT…….. % Hb…….g/dl  Blood Gr……….. Rh……….  OF…… DCIP……. MCV.......  Anti HIV O Neg O Post  HbsAg O Neg O Post  VDRL O Neg O Post | HCT…….. % Hb…….g/dl  Anti HIV O Neg O Post  HbsAg O Neg O Post  VDRL O Neg O Post | Anti HIV O Neg O Post (ทำทุกราย)  ให้พิจารณาเป็นรายกรณี  HCT…….. % Hb…….g/dl  OF…… DCIP……. MCV.......  HbsAg O Neg O Post  VDRL O Neg O Post |

**บัตรฝากครรภ์ เครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช**

**รพ.สต. ........................................... ANC No..........................**

**สรุปผลคัดกรอง**

**1 คู่เสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย** : O ใช่ O ไม่ใช่ **2 ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด** : O ใช่ O ไม่ใช่

**3 ความเสี่ยงครรภ์เป็นพิษ** : O ใช่ O ไม่ใช่

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์..............................................................................................................

.............................................................................................................................................................

ชื่อ-สกุล หญิงตั้งครรภ์........................................................... CID ………..…………อายุ................ ปี

HN ……………………………. โทรศัพท์ติดต่อได้.....................................................

ชื่อ-สกุล สามี.......................................................................... CID ………..…………อายุ................ ปี

HN ……………………………. โทรศัพท์ติดต่อได้.....................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่............ หมู่ที่.......... ตำบล.................... อำเภอ..................... จังหวัด........................

**ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว**

**ประวัติการเจ็บป่วย** O ไม่มี O เบาหวาน O ความดันโลหิตสูง O โรคหัวใจ O ไทรอยด์

O โลหิตจาง O อื่นๆ ...........................................

**ประวัติแพ้ยา** O ไม่มี O มี ระบุ......................... **ประวัติแพ้อาหาร** O ไม่มี O มี ระบุ........................

**ประวัติการคุมกำเนิด** O ไม่คุมกำเนิด O ยาเม็ด O ยาฉีด O ยาฝัง O ใส่ห่วง

**ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว** O ไม่มี O โรคลมชัก O เบาหวาน O ความดันโลหิตสูง

O ครรภ์แฝด O ปัญญาอ่อน O อื่นๆ ...................................

**ประวัติการตั้งครรภ์**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ครรภ์ | วันที่คลอด/แท้ง | อายุครรภ์ (สัปดาห์) | วิธีคลอด/แท้ง | น้ำหนักทารก | ภาวะแทรกซ้อน | สุขภาพทารกปัจจุบัน |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |