

(สำหรับพยาบาล กรุณากรอกทุกช่อง)

STAFF ATTENDANCE
GRAVIDA/...../...../..... LAST PARA YR. LAST ABORTION YR.
GESTATIONAL AGE:WK. UNCERTAIN CERTAIN BY DATE U/S AT.....WK
GESTATIONAL AGE: < 37 WEEKS ⁽²⁾ > 41 WEEKS ⁽²⁾

CHIEF COMPLAINT:
PRESENT ILLNESS:

เลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง / ปริมาณมากกว่ามูกเลือดตามปกติ ^(1, 2)

ลูกดันท้อยลง ⁽²⁾ น้ำเดินเกิน 18 ชั่วโมง ^(1, 2)

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการฝากครรภ์:

No ANC ANC ครั้ง

Lab ปกติ Lab ผิดปกติ: Hct < 30% ^(1, 2) เกล็ดเลือด < 100,000/cu.mm ⁽¹⁾ Rh-ve ⁽¹⁾

(อื่นๆ ระบุ.....)

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก: ไม่มี มี: ครรภ์เดี่ยว ครรภ์แฝด ^(1, 2)

เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ^(1, 2)

โรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ (ระบุ.....) ^(1, 2)

ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ: รกเกาะคลุมปากมดลูก, รกเกาะต่ำ ^(1, 2) น้ำคร่ำน้อย ⁽²⁾ น้ำคร่ำมาก ^(1, 2)

การคลอดและการเจ็บป่วยในอดีต:

วิธีการคลอดในครรภ์ก่อน: ปกติ คลอดโดยคีม คลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศ ผ่าตัดคลอด ⁽¹⁾

เคยคลอดทางช่องคลอด > 4 ครั้ง: ไม่เคย เคย ⁽¹⁾

เคยตกเลือดหลังคลอด: ไม่เคย เคย ⁽¹⁾

เคยมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก: ไม่มี มี (ระบุ.....)

โรคประจำตัว / การผ่าตัด: ไม่มี มี (ระบุ.....) ^(1, 2)

เคยผ่าตัดมดลูก: ไม่เคย เคย ⁽¹⁾ เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูก > 5 cm: ไม่มี มี ⁽¹⁾

ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว:

อาชีพ..... สภาพสมรส..... ระดับการศึกษา.....

สามีอายุ..... ปี. สูบบุหรี่..... มวน/ วัน อาชีพ..... ระดับการศึกษา.....

รายได้ครอบครัวรวมทั้งสิ้น..... บาท / เดือน โรคทางพันธุกรรม ไม่มี มี (ระบุ.....)

ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา, การใช้สารเสพติด:

ยาประจำตัว: ไม่มี มี (ระบุ.....)

แพ้ยาหรือสารเคมี: ไม่เคย เคยแพ้ (ระบุ.....)

ใช้สารเสพติด: ไม่ใช้ ใช้ (ระบุชนิด..... ปริมาณ..... ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....)

ตี๋มสุรา (ระบุชนิด..... ปริมาณ..... ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....)

สูบบุหรี่ (ระบุชนิด..... ปริมาณ..... ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....)

(สำหรับพยาบาล ทุกรูปร่างทุกช่อง)

PHYSICAL EXAMINATION:

Body weightkg. Heightcm. [] $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ ⁽¹⁾

VITAL SIGNS: T.....°C, P.....bpm, BP/.....mmHg, RR...../min

ABNORMAL VITAL SIGNS: $T > 38^\circ\text{C}$ ^(1, 2) $BP \geq 140/90\text{mmHg}$ ⁽¹⁾ $BP \geq 150/100\text{mmHg}$ ^(R)

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ ⁽³⁾	ระบุการอาการแสดงที่ปกติและผิดปกติที่สำคัญ
GENERAL APPEARANCE			
HEENT & LYMPH NODES			
BREASTS			
HEART			
LUNGS			
EXTREMITIES			
NEUROLOGICAL EXAM			REFLEX
ABDOMEN			

UTERUS: HEIGHT OF FUNDUS BACK OF FETUS

PRESENTATION: Vertex Non-vertex ^(2, R) ENGAGEMENT

CEPHALIC PROMINENCE FETAL ATTITUDE

FHR/ MIN: $< 110 \text{ BPM}$ ⁽²⁾ $> 160 \text{ BPM}$ ⁽²⁾ REGULAR IRREGULAR ⁽²⁾

EFWGRAMS: $< 2,500 \text{ GRAMS}$ ⁽²⁾ $> 3,800 \text{ GRAMS}$ or $FH > 35 \text{ cm}$ ^(1, 2)

CONTRACTIONS: INTERVAL =DURATION =INTENSITY =

UTERINE CONTRACTIONS > 5 IN 10 MINUTES ⁽²⁾

PELVIC EXAMINATION: (BY.....R.....DATE.....TIME.....)

PELVIS: DIAGONAL CONJUGATECM: $< 11.5 \text{ cm}$. ^(1, 2)

INTERSPINOUS DIAMETERCM: $< 10 \text{ cm}$. ^(1, 2)

ISCHIAL SPINES: BLUNT AVERAGE PROMINENT ^(1, 2)

PELVIC SIDEWALL: DIVERGE STRAIGHT CONVERGE ^(1, 2)

SACRAL CURVE : CONCAVE STRAIGHT ANTERIOR ^(1, 2)

SUBPUBIC ANGLE° : $< 90 \text{ DEGREE}$ ^(1, 2)

ASSESSMENT: ADEQUATE CONTRACTED ⁽²⁾

CERVIX: DILATATIONCM. EFFACEMENT% STATION

POSITION: ANTERIOR MID POSTERIOR CONSISTENCY: SOFT MEDIUM FIRM

BISHOP SCORE (FOR INDUCTION OF LABOR ONLY) =

ASSESSMENT: FAVORABLE UNFAVORABLE

MEMBRANES: INTACT SPONTANEOUS RUPTURED

AMNIOTIC FLUID COLOR: CLEAR MECONIUM ^(2, R)

(สำหรับแพทย์ กรุณากรอกทุกช่อง)

PROBLEM LISTS:

- 1).....4).....
2).....5).....
3).....6).....

IMPRESSION: G.....P.....GAWK. WITH.....
.....

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:

- 1).....3).....
2).....4).....

FETAL ADMISSION TEST:

ELECTRONIC FETAL MONITORING: NORMAL ABNORMAL⁽²⁾
SOUND PROVOKED FETAL MOVEMENT: MOVEMENT NO MOVEMENT⁽²⁾

IN LABOR RISK ASSESSMENT:

MATERNAL RISK FOR PPH: NO YES⁽¹⁾
FETAL RISK FOR ASPHYXIA: NO YES⁽²⁾

OBJECTIVE OF ADMISSION:

PLAN OF LABOR: SPONTANEOUS INDUCTION/AUGMENTATION^(1, 2)

INHIBIT (ระบุ))

PLAN OF DELIVERY: NL F/E V/E VAGINAL BREECH DELIVERY^(1, 2, R)

C/S⁽¹⁾ (ระบุข้อบ่งชี้.....)

SIGNATURE.....CODE.....

(.....)

DATE.....TIME.....

หมายเหตุ

- (1) มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด รายงานแพทย์และให้การดูแลรักษาตาม Guideline ที่
(2) มีความเสี่ยงต่อภาวะ Birth Asphyxia รายงานแพทย์และให้การดูแลรักษาตาม Guideline ที่
(3) รายงานแพทย์
(R) รายงานแพทย์ และส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ตาม Guideline ที่