

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/>
		Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <input type="text"/>
Найменування закладу		Затверджена наказом МОЗ України <input type="text"/> N <input type="text"/>

**ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА
ВАГІТНОЇ І ПОРОДІЛІ**

Група крові _____ Резус-приналежність вагітної _____ її чоловіка _____ 1. Взята на облік <input type="text"/> (число, місяць, рік)	Реакція Вассермана I "___" _____ р. II "___" _____ р. Результат дослідження на гонококи _____ Обстеження на токсоплазмоз _____ РЗК (за показаннями) _____ Шкірна проба _____ РЗК
--	--

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження
(число, місяць, рік)

Сімейний стан: шлюб зареєстрований - 1, не зареєстрований - 2, одинока - 3

Домашня адреса, телефон _____

Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)
Місце роботи, телефон _____

Професія або посада _____ умови праці _____

Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон _____

2. Діагноз: вагітність (яка за N) _____ Пологи _____

Ускладнення даної вагітності _____

Екстрагенітальні захворювання (діагноз) _____

3. Результат вагітності: аборт, пологи в строк, передчасні (підкреслити) _____
 _____ тижнів. Дата _____

Особливості пологів _____

Дитина: жива, мертва, маса (вага) _____ г, зріст _____ см

Виписалася, переведена до лікарні, померла в пологовому будинку (підкреслити)

Діагноз _____

4. Анамнез

Перенесені захворювання: загальні _____

Гінекологічні _____

Операції _____

Статеве життя з _____ років. Здоров'я чоловіка _____

Менструація з _____ років і особливості _____

Остання менструація з _____ по _____ р.

Перше ворушіння плоду "___" _____ р.

РЕЗУЛЬТАТ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ

N п/п	Рік	Чим закінчилася вагітність, при якому терміні				Дитина народилася жива, мертва, маса (вага)	Дитина жива, померла, в якому віці	Особливості перебігу попередніх вагітностей
		абортами		пологами				
		штучними	мимовільними	передчасними	в строк			

5. Перше обстеження вагітної

Зріст _____ см. Маса (вага) _____ кг. Особливості будови тіла _____

Стан молочних залоз _____

Серцево-судинної системи _____

Артеріальний тиск: на правій руці _____ на лівій _____

Інші органи _____

Розміри таза: Д. Sp. _____ Д. Cr. _____ Д. troch. _____ С. ext. _____

С. diag. _____ С. vera _____

Зовнішнє акушерське дослідження: висота дна матки _____ см

Окружність живота _____ см. Положення плоду, позиція, вид _____

Передлежання _____

Серцебиття плоду _____

ВАГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

ПРИЗНАЧЕННЯ

Зовнішні статеві органи _____

Шийка матки _____

Тіло матки _____

Придатки _____

Особливості _____

Діагноз: строк вагітності _____ тижнів

Передбачуваний строк пологів _____

Підпис лікаря _____

Дата _____

6. Перебіг вагітності

Дата						
Скарги						
Загальний стан						
Маса (вага)						
на правій руці						
АТ -						
на лівій руці						
Набряки						
Окружність живота						
Висота стояння дна матки						
Положення плоду						
Передлежача частина						
Серцебиття плоду						
Ворушіння плоду						
Строк вагітності (в тижнях)						
Патологічні відхилення (діагноз)						
Листок непрацездатності						
Призначення:						
Госпіталізація						
Введення стафілококового анатоксину						
Дата наступного відвідування						
Підпис						
Огляд терапевта						
Огляд стоматолога						

7. Підготовка до пологів

Фізкультура		Ультрафіолетове опромінення		Школа матерів		Психопрофілактична підготовка	
Дата	Строк вагітності	Дата	Строк вагітності	Дата	Строк вагітності	Дата	Строк вагітності

8. Патронажні відвідування

Дата							
Строк вагітності							
Скарги							
Загальний стан (набряки)							
на правій руці							
АТ -							
на лівій руці							
Положення плоду							
Серцебиття плоду							
Рекомендації							
Підпис _____							

9. Листок для підклеювання аналізів, обмінної карти і інших документів

10. Допологова відпустка з "___" _____ р. по "___" _____ р.

Листок непрацездатності N _____

Пологи "___" _____ р. в строк, раніше, пізніше на _____ днів (підкр.)

Пологи відбулися в _____

Післяпологова відпустка на _____ днів з "___" _____ р.

по "___" _____ р. Листок непрацездатності N _____

11. Спостереження за породілею

Дата	Скарги	Дані обстеження	Поради, призначення

Підпис лікаря _____

Підпис зав. консультацією _____