

А – Персональные данные матери и отца	1. Название роддома		2. Роды вне роддома <input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> Другое место <input type="checkbox"/> Во время перевозки		3. Год (0000) и номер медицинского файла	
	4. Год рождения последнего живого ребенка (0000) [][][][] Если дата не введена → клетка 4.1		4.1 Нет даты, так как: <input type="checkbox"/> Ранее не было живого ребенка <input type="checkbox"/> Нет информации		4.2 Год последнего аборта (0000) [][][][] Если дата не введена → клетка 4.3	
	4.3 Нет даты, так как: <input type="checkbox"/> Ранее не было абортов <input type="checkbox"/> Нет информации		5. Дата рождения матери (день/месяц/год, 00.00.00) [][][][][][]		6. Этническая принадлежность <input type="checkbox"/> Саами <input type="checkbox"/> Русская <input type="checkbox"/> Азербайджанка <input type="checkbox"/> Другая (уточните) _____	
	7. Район		7.1 Город		8. Менялся ли официальный адрес матери во время беременности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (если «Да», то откуда ->)	
	8.1 Область		8.2 Район/Город		9. Семейное положение Замужем: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Гражданский брак <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Другое	
	10. Образование, закончен. <input type="checkbox"/> Никакого <input type="checkbox"/> Начальное (1-9 класс) <input type="checkbox"/> Среднее (10-11 класс) <input type="checkbox"/> Среднее специальное <input type="checkbox"/> Высшее		11. Профессия матери		11.1 Место работы матери	
11.2 Цех, где она работает		12. Возраст отца [][]		13. Профессия отца		
13.1 Место работы отца		13.2 Цех, где он работает		14. Этнич. принадлежность <input type="checkbox"/> Саами <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Азербайджанец <input type="checkbox"/> Другая (уточните) _____		

В – О беременности и здоровье матери	15. Срок бер-ти при первой явке в связи с этими родами (неделя, 00) _____		16. Рост (в см)		18. Последняя менструация, первый день кровотечения (д/м/г) [][][][] <input type="checkbox"/> уверена <input type="checkbox"/> не уверена	
	17. Вес (при первой явке) (в кг) [][][]		19. Когда проведено первое ультразвуковое обследование [][][][] <input type="checkbox"/> ни разу не проводилось		19.1 МКБ-10 код(ы) 19.2 МКБ-10 код(ы)	
	19.1 Срок родов, прогнозируют, ультразвуком д. [][] м. [][] г. [][]		19.2 Патология, обнаруженная УЗИ у матери или ребенка <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (уточните в клетке В1)		20. Патология, выявленная у ребенка, с помощью амниоцентеза, кордоцентеза, хорионбиопсии <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (уточните в клетке В2)	
	21. Предыдущие беременности матери (исключая этого ребенка) Только целые недели		21.1 Рождение живого ребенка _____ Мертворождения >= 22 недель _____ Рожден живым, умер в течение 7 дней _____		21.2 Преждевременные роды (22-29 недель) _____ Преждевременные роды (30-36 недель) _____ Кесарево сечение во время предыдущих родов _____	
	21.3 Спонтанные аборты 13-22 недель _____ =< 12 недель _____		24. Признаки злоупотребления алкоголем <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		25. Признаки употребления наркотиков <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	21.4 Медицинские аборты (по собственному желанию) <= 12 недель _____ была ли это мед причина? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		21.5 Медицинские аборты с _____ (заполните 21.6) 13 недель _____		21.6 Социальные причины _____ Медицинские причины _____ _____ (уточнить код в В3)	
	22.1 Прием витаминов перед беременностью Поливитамины <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Таблетки фолиевой к-ты <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		22.2 Во время беременности Поливитамины <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Таблетки фолиевой к-ты <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		23. Курение до беременности <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, сколько сигарет _____ в день	
	22.3 Курение во время беременности <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, сколько сигарет _____ в день		24. Признаки злоупотребления алкоголем <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		25. Признаки употребления наркотиков <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	26. Болезни до беременности <input type="checkbox"/> Ничего особенного		<input type="checkbox"/> Хронич. инфекция полового тракта <input type="checkbox"/> Хронич. инфекция мочевого тракта и почек <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Варикозная болезнь н/к		<input type="checkbox"/> Хроническая гипертония <input type="checkbox"/> Ревматоидный артрит <input type="checkbox"/> Сердеч. забол. <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Диабет, тип 1 <input type="checkbox"/> Диабет, тип 2 <input type="checkbox"/> Гепатит В <input type="checkbox"/> Гепатит С <input type="checkbox"/> другое (уточните в В4)	
	27. Болезни во время беременности (включая несчастные случаи) <input type="checkbox"/> Ничего особенного		<input type="checkbox"/> Кровотечение < 13 нед. <input type="checkbox"/> Кровотечение 13-28 нед. <input type="checkbox"/> Кровотечение > 28 нед. <input type="checkbox"/> Диабет беременной <input type="checkbox"/> Тромбоз <input type="checkbox"/> Легкая преэклампсия <input type="checkbox"/> Средняя преэклампсия <input type="checkbox"/> Тяжелая преэклампсия <input type="checkbox"/> Эклампсия беременной		<input type="checkbox"/> HELLP- синдром (гемолитич.) <input type="checkbox"/> Легкая анемия <input type="checkbox"/> Умеренная анемия <input type="checkbox"/> Тяжелая анемия <input type="checkbox"/> ОРВИ <input type="checkbox"/> Варикозная болезнь н/к <input type="checkbox"/> НЬ > 135 г/л	
<input type="checkbox"/> Утр. прерывания (O20.0) <input type="checkbox"/> Отеки берем. (O12.0) <input type="checkbox"/> Инфек почек (O23.0) <input type="checkbox"/> Инфек пол путей (O23.5) <input type="checkbox"/> Чрезмерное увеличение массы беременной (O26.0) <input type="checkbox"/> инфекции (B5) <input type="checkbox"/> другое (B5) <input type="checkbox"/> лекарства (B6)		В4. Уточните МКБ-10 код (ы)		В5. Уточните МКБ-10 код (ы)		
В3. Уточните МКБ-10 коды по мед. показаниям: 1. _____ 2. _____		В6. Фармацевтическое название препарата 1. Название С даты (д/м) [][][][]		2. Название С даты (д/м) [][][][]		
В7. Фармацевтическое название препарата 3. Название С даты (д/м) [][][][]		В8. Фармацевтическое название препарата 4. Название С даты (д/м) [][][][]		В9. Фармацевтическое название препарата 5. Название С даты (д/м) [][][][]		

28. <input type="checkbox"/> Использовалось эластическое бинтование (компрессия) ног в родах					
29. Предлежание плода <input type="checkbox"/> затылочное/ нормальное	<input type="checkbox"/> Ягодичное <input type="checkbox"/> Поперечное <input type="checkbox"/> Головное аномальное <input type="checkbox"/> Другое	30. Тип родов <input type="checkbox"/> Спонтанные <input type="checkbox"/> Провоцир. <input type="checkbox"/> Кесарево сечение	31. Кесарево сечение Было ли оно запланировано до родов? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	32. Показания для хирургического вмешательства и/или провоцирования <input type="checkbox"/> Осложнения, описанные ниже <input type="checkbox"/> ВПР плода <input type="checkbox"/> Переношенная беременность <input type="checkbox"/> Другое, уточните в С1	
33. Осложнения во время родов <input type="checkbox"/> Никаких	<input type="checkbox"/> Отхож. вод за 12-24 часов <input type="checkbox"/> Отхож. вод за >24 часов <input type="checkbox"/> Клиническое несоответст. <input type="checkbox"/> Дистоция плечиков <input type="checkbox"/> Предлежание плаценты <input type="checkbox"/> Отслойка плаценты	<input type="checkbox"/> Разрыв промежности (1-2 ст.) <input type="checkbox"/> Разрыв сфинктера (3-4 ст.) <input type="checkbox"/> Кровотечение 500-1000 мл <input type="checkbox"/> Кровотечение 1000-1500 мл	<input type="checkbox"/> Кровотечение > 1500 мл <input type="checkbox"/> Эклампсия в родах <input type="checkbox"/> Угроза внутриутробной асфиксии <input type="checkbox"/> Разрыв шейки матки	<input type="checkbox"/> Выпадение пуповины <input type="checkbox"/> 1-я слаб-ть род.деят. <input type="checkbox"/> 2-я слаб-ть род.деят. <input type="checkbox"/> Маточная гипотон. <input type="checkbox"/> Дискоорд.род.деят <input type="checkbox"/> Другое, уточните в С2	С1. МКБ-10 код (ы)
					С2. МКБ-10 код (ы)
34. Анестезия <input type="checkbox"/> Никакой	<input type="checkbox"/> Закись азота <input type="checkbox"/> Эпидуральн. <input type="checkbox"/> Спинномозг. <input type="checkbox"/> Промедол	<input type="checkbox"/> Наркоз <input type="checkbox"/> Не наркотический <input type="checkbox"/> Анальгетик	<input type="checkbox"/> Другое, запишите в С3	35. Плацента <input type="checkbox"/> Инфаркт плаценты <input type="checkbox"/> Ретроплац.гематома <input type="checkbox"/> Инфекция <input type="checkbox"/> Фетоплац. недостаточ. <input type="checkbox"/> Другое, запишите в С4	С3. Препарат
36. Пуповина <input type="checkbox"/> Нормальная	<input type="checkbox"/> Вуалобразное прикрепление <input type="checkbox"/> Периферическое прикр. <input type="checkbox"/> Сосудистые аномалии	<input type="checkbox"/> Пуповина вокруг шеи <input type="checkbox"/> Другие петли <input type="checkbox"/> Истинный пуповинный узел	36.1	Длина пуповины 1 (в см)	С4. МКБ-10 код (ы)
			36.2	Длина пуповины 2 (в см)	
37. Околоплодные воды <input type="checkbox"/> Нормальные	<input type="checkbox"/> Полигидрамнион <input type="checkbox"/> Олигогидрамнион <input type="checkbox"/> Грязные воды <input type="checkbox"/> Наличие крови <input type="checkbox"/> Инфекционные	38. Осложнения у матери после родов <input type="checkbox"/> Ничего особенного	<input type="checkbox"/> Температура > 38,5°C <input type="checkbox"/> Сепсис <input type="checkbox"/> Тромбоз <input type="checkbox"/> Эклампсия <input type="checkbox"/> послеродовая	<input type="checkbox"/> Интенсивная терапия <input type="checkbox"/> Другое, запишите в С5 <input type="checkbox"/> Переведена Мать переведена в (название больницы)	С5. МКБ-10 код (ы)

ГОРОД _____ Название ЖК _____ Номер индивидуальной карты беременной и родильницы из ЖК _____

D- О новорожденном	39. Дата родов (д/м/г)	41. Многоплодные роды	42. Пол	43. Вес ребенка (в граммах)	45. Окружность головы	46. По шкале Апгар	
	40. Время родов (час, мин.)	Если многоплодные: No. ___ ребенка из ___ (общее количество) детей	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Неизвестно	44. Рост (в см)	(в см)	1 мин. 5 мин.	
	47. Ребенок родился: <input type="checkbox"/> живым <input type="checkbox"/> мертвым (47.1) <input type="checkbox"/> Выкидыш Подтвердите причину смерти в D1	47.1 Для мертворожденного: <input type="checkbox"/> Смерть до начала родов <input type="checkbox"/> Смерть во время родов <input type="checkbox"/> Время смерти неизвестно Подтвердите причину смерти в D1	48. Родился живым, но умер в течение 24 часов Время смерти (Час, мин.): Подтвердите причину смерти в D1	49. Ребенок умер позднее: Число (день/мес.) Время(час, мин.) Подтвердите причину смерти в D1	50. Ребенок умер в больнице? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	D1. МКБ-10 код (ы)	
	51. Диагноз новорожденного <input type="checkbox"/> Ничего особенного	<input type="checkbox"/> Гипогликемия <50 мг/дл) <input type="checkbox"/> Аспирационный синдром <input type="checkbox"/> Неонат. судороги <input type="checkbox"/> Врожд. анемия(Hb<13.5) <input type="checkbox"/> Интракраниальное кровотеч. <input type="checkbox"/> Инфекция пупка/кожи <input type="checkbox"/> Дисплазия тазобедр.сустава <input type="checkbox"/> Церебральное раздражение <input type="checkbox"/> Перинат.инфекции, уточните в D3 <input type="checkbox"/> Транзиторн.частое дыхание <input type="checkbox"/> Церебральная депрессия <input type="checkbox"/> Другие инфекции (D2) <input type="checkbox"/> Дыхат. дистресс-синдром <input type="checkbox"/> Абстиненция <input type="checkbox"/> Другое, уточните в (D3) <input type="checkbox"/> Конъюнктивиты			D2. МКБ-10 код (ы)		
	<input type="checkbox"/> Перелом ключицы <input type="checkbox"/> Перелом конечностей <input type="checkbox"/> Лицевой парез <input type="checkbox"/> Повреждение сплетения <input type="checkbox"/> Другое, включая травмы (D4)	52. Виды лечений: <input type="checkbox"/> Сист.антибиотики <input type="checkbox"/> ИВЛ <input type="checkbox"/> Глазные капли	Леченная желтуха: <input type="checkbox"/> Фототерапия <input type="checkbox"/> Переливание крови	Причина: <input type="checkbox"/> Несовместимость по системе АВО <input type="checkbox"/> Резус-иммунизация <input type="checkbox"/> Физиологическая	D3. МКБ-10 код (ы)		
	53. Врожденные дефекты <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Описание повреждений, неонатального диагноза и врожденных дефектов МКБ-10 код Другое: МКБ-10 код			D4. МКБ-10 код (ы)		
54. Даты выписки	Мать выписана	Ребенок выписан / переведен		Номер истории болезни			

