

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

В – О беременности и здоровье матери	<b>15. Срок бер-ти при первой явке в связи с этими родами (неделя, 00)</b> _____		<b>16. Рост (в см)</b>		<b>18. Последняя менструация, первый день кровотечения (д/м/г)</b> [ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> уверена <input type="checkbox"/> не уверена	
	<b>17. Вес (при первой явке) (в кг)</b> [ ][ ][ ]		<b>19. Когда проведено первое ультразвуковое обследование</b> [ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> ни разу не проводилось		<b>В1. МКБ-10 код(ы)</b> <b>В2. МКБ-10 код(ы)</b>	
	<b>19.1 Срок родов, прогнозируют, ультразвуком</b> д. [ ][ ] м. [ ][ ] г. [ ][ ]		<b>19.2 Патология, обнаруженная УЗИ у матери или ребенка</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (уточните в клетке В1)		<b>20. Патология, выявленная у ребенка, с помощью амниоцентеза, кордоцентеза, хорионбиопсии</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (уточните в клетке В2)	
	<b>21. Предыдущие беременности матери (исключая этого ребенка) Только целые недели</b>		<b>21.1</b> Рождение живого ребенка _____ Мертворождения >= 22 недель _____ Рожден живым, умер в течение 7 дней _____		<b>21.2</b> Преждевременные роды (22-29 недель) _____ Преждевременные роды (30-36 недель) _____ Кесарево сечение во время предыдущих родов _____	
	<b>21.3</b> Спонтанные аборты 13-22 недель _____ =< 12 недель _____		<b>24. Признаки злоупотребления алкоголем</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<b>25. Признаки употребления наркотиков</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
	<b>21.4</b> Медицинские аборты (по собственному желанию) <= 12 недель _____ была ли это мед причина? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		<b>21.5</b> Медицинские аборты с _____ (заполните 21.6) 13 недель _____		<b>21.6</b> Социальные причины _____ Медицинские причины _____ _____ (уточнить код в В3)	
	<b>22.1</b> 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		<b>22.2</b> Во время беременности Поливитамины <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Таблетки фолиевой к-ты <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		<b>23. Курение до беременности</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, сколько сигарет _____ в день	
	<b>22.3</b> Курение во время беременности <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, сколько сигарет _____ в день		<b>26. Болезни до беременности</b> <input type="checkbox"/> Ничего особенного		<b>27. Болезни во время беременности (включая несчастные случаи)</b> <input type="checkbox"/> Ничего особенного	
	<b>26.1</b> Хронич. инфекция полового тракта <input type="checkbox"/> Хронич. инфекция мочевого тракта и почек <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Варикозная болезнь н/к		<b>26.2</b> Хроническая гипертония <input type="checkbox"/> Ревматоидный артрит <input type="checkbox"/> Сердеч. забол.		<b>26.3</b> 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)	
	<b>27.1</b> Кровотечение < 13 нед. Кровотечение 13-28 нед. Кровотечение > 28 нед. Диабет беременной Тромбоз Легкая преэклампсия Средняя преэклампсия Тяжелая преэклампсия Эклампсия беременной		<b>27.2</b> HELLP- синдром (гемолитич. ....) Легкая анемия Умеренная анемия Тяжелая анемия ОРВИ Варикозная болезнь н/к НЬ > 135 г/л		<b>27.3</b> Утр. прерывания (O20.0) Отеки берем. (O12.0) Инфек почек (O23.0) Инфек пол путей (O23.5) Чрезмерное увеличение массы беременной (O26.0) инфекции (B5) другое (B5) лекарства (B6)	
<b>28. Уточните МКБ-10 код (ы)</b>		<b>29. Уточните МКБ-10 код (ы)</b>		<b>В3. Уточните МКБ-10 коды по мед. показаниям:</b> 1. _____ 2. _____		
<b>В4. Уточните МКБ-10 код (ы)</b>		<b>В5. Уточните МКБ-10 код (ы)</b>		<b>В6. Фармацевтическое название препарата</b> 1. Название С даты (д/м) [ ][ ][ ][ ] 2. Название С даты (д/м) [ ][ ][ ][ ] 3. 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)	36.2 Длина пуповины 2 (в см)	С4. МКБ-10 код (ы)
			С5. МКБ-10 код (ы)		
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)	

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 (в см)	46. По шкале Апгар 1 мин.	
	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)		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 тазобед.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			

