

## مراقبت ادغام یافته سلامت باروری سالم – فرم مراقبت دوره ای سلامت باروری سالم

مشخصات فردی		
نام خانوادگی .....	نام پدر .....	نام .....
تاریخ تولد ..... / ..... / .....	کد ملی .....	
آدرس محل سکونت .....		
تلفن ثابت..... تلفن همراه .....		
اطلاعات اختصاصی		
تاریخ ازدواج ...../...../.....	سن اولین ازدواج .....	
تعداد بارداری.....	تعداد زایمان .....	تعداد سقط.....
	تعداد مرده زایی.....	تعداد فرزندان زنده.....
		سن آخرین فرزند.....
(پرسشنامه اختصاصی فرزند آوری سالم)		
آیا مراجعه کننده تاکنون از روش های مطمئن فاصله گذاری استفاده کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، نام آخرین روش:		
بر اساس اصول سلامت مادر و کودک واجد شرایط فرزند آوری است؟ بلی خیر		
بر اساس اصول سلامت مادر و کودک واجد شرایط دریافت خدمات فاصله گذاری فرزند آوری است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
اگر مراجعه کننده تاکنون از روش فاصله گذاری استفاده کرده است، تجربیات او با روش استفاده شده چه بوده است؟ مدت استفاده ..... دلیل قطع: مخالفت همسر <input type="checkbox"/> ترس از عارضه <input type="checkbox"/>		
رضایت /عدم رضایت از روش ..... در صورت عارضه نوع آن .....		
از نظر مراجعه کننده روش مناسب فاصله گذاری چه ویژگیهایی باید داشته باشد؟ روش جراحی باشد <input type="checkbox"/> استفاده از آن آسان باشد <input type="checkbox"/> هنگام تماس جنسی استفاده شود <input type="checkbox"/> با شیردهی مشکلی نداشته باشد <input type="checkbox"/>		
نیاز به مراجعه مکرر نداشته باشد. <input type="checkbox"/> قطع استفاده از آن آسان باشد <input type="checkbox"/> نظم خونریزی قاعدگی را به هم نزند <input type="checkbox"/> از عفونت های جنسی و ایدز پیشگیری کند <input type="checkbox"/>		
آیا مراجعه کننده می خواهد اطلاعاتی درباره همه روش های فاصله گذاری داشته باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
اگر پاسخ سوال قبلی بلی است، کلیاتی از همه روش های فاصله گذاری برای او توضیح داده شد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
اگر پاسخ سوال قبلی خیر است، آیا مراجعه کننده روشی را در ذهن خود انتخاب کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام روش:		
اگر پاسخ سوال قبلی بلی است، آیا اطلاعات کلی مراجعه کننده درباره روش مورد نظر صحیح است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
آیا مراجعه کننده در این مرحله روشی را برای فاصله گذاری انتخاب کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
در صورت انتخاب نکردن روش از سوی مراجعه کننده، تاریخ تعیین شده برای مراجعه بعدی:		
در صورت انتخاب روش توسط مراجعه کننده، نام روش انتخاب شده چیست؟ نام روش:		
آیا روش انتخاب شده برای مراجعه کننده مناسب است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		

توجه: پرسشنامه برای خانم های ۴۹-۱۵ ساله ای تکمیل می گردد که حداقل یکبار ازدواج کرده و از مدت شروع زندگی مشترک آنها حداقل یک سال گذشته باشد

**(پرسشنامه اختصاصی ناباروری)**

آیا مراجعه کننده بر اساس اصول سلامت مادر و کودک واجد شرایط دریافت خدمات ناباروری است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱. آیا مراجعه کننده بارداری داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> (اگر بلی سوال ۲) خیر <input type="checkbox"/> (اگر خیر سوال ۳)
۲. از زمانی که تصمیم به بارداری گرفته است چه مدت طول کشید تا باردار شود؟ کمتر از یکسال <input type="checkbox"/> (سوال ۴ تکمیل شود) بیش از ۱ سال <input type="checkbox"/> به سوال بعدی
۳. آیا با درمان ناباروری حامله شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴. آیا در حال حاضر تمایل به بچه دار شدن دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (ادامه سوالات)
۵. در صورت تمایل به بارداری مجدد کدام یک از موارد در خصوص مراجعه کننده صدق می کند؟ <input type="checkbox"/> بیش از یکسال است که تمایل به بارداری دارد ولی باردار نشده است <input type="checkbox"/> کمتر از یکسال است که تمایل به بارداری دارد ولی باردار نشده است <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> در حال حاضر باردار است. <input type="checkbox"/> تحت اقدامات تشخیصی ناباروری می باشد <input type="checkbox"/> تحت اقدامات درمانی ناباروری می باشد <input type="checkbox"/> از درمان ناباروری نا امید شده است. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تحت تشخیص و درمان ناباروری قرار نگرفته است. <input type="checkbox"/>
۶. آیا برای مراجعه کننده تشخیص ناباروری داده شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>