בס"ד

לניאדו
מרכז רפואי צאנז
מחלקת נשים ויולדות

טופס רישום יולדת - מרכז לידה
הצהרת בריאות עצמאית למרכז לידה טבעי

חסוי לאחר מילוי / חסוי ביותר לאחר מילוי
תאריך מילוי הטופס: _____

פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____

מקצוע האישה: _____ שם הבעל / בן הזוג: _____ מקצוע: _____

תאריך לידה משוער: _____ BMI _____

תולדות עבר

מחלה כרונית: **כן / לא** _____

סכרת: **כן / לא** יתר לחץ דם: **כן / לא** אחר: _____

ניתוחים: **כן / לא** _____

תרופות קבועות: **כן / לא** _____

רגישות לתרופות: כן / לא _____

מחלות במשפחה: כן / לא _____

בעיות פריון: כן / לא תקופת עקרות: _____ טיפול: _____ מס' הפלות: _____

הריונות קודמים:

מס'	שנת לידה	מהלך הריון	סיום ההריון		הילוד			מהלך לאחר לידות קודמות
		תקין / סיבוכים וטיפול	שב'	לידה רגילה / ניתוח קיסרי / לידה מכשירנית	מין	משקל	מצב בריאותי תקין / אחר	דימום מוגבר לאחר לידה / קבלת מרכיבי דם /קרע דרגה גבוהה 3-4 / הוצאה ידנית של השליה / שארית שליה / זיהום

הערות: _____

_____

שם מלא: _____ **חתימת היולדת:** _____