**هیسترکتومی هنگام زایمان**

**بخش اول: مشخصات دموگرافیک**

نام و نام خانوادگی: ..........

 سن:

* کمتر از 18 سال
* 24-18 سال
* 39-35
* بالاتر از 40

 ملیت: ایرانی غیر ایرانی

وضعیت تاهل: مجرد متاهل

وضعیت اشتغال: شاغل بیکار

در صورت غیر شاغل بودن، شغل همسر: ..............

قد : ........ سانتی متر

وزن: ........ کیلوگرم

BMI (محاسبه شود سیستمی)

استعمال دخانیات: بلی هرگز

 قطع استعمال قبل از بارداری قطع استعمال حین بارداری

**بخش دوم: سوابق بارداری**

سابقه بارداری قبلی: بلی خیر

* در صورت بلی:

تعداد بارداری های: .........

تعداد پاریتی: .........

تعداد سقط: ........

وجود هر گونه مشکل در بارداری قبلی: بلی خیر

* در صورت بلی کدام یک از موارد ذیل؟
* >=3مورد miscarriage - آمنیوسنتز - آمبولی مایع آمنیوتیک -زایمان نوزاد با ناهنجاری مادرزادی اصلی - دیابت بارداری -خونریزی - هایپرامزیس نیازمند به بستری
* نوزاد نیازمند به مراقبت ویژه - مرگ نوزادی - پلاسنتا پرویا - دکولمان
* PPH نیازمند به انتقال خون PROM- - پره ترم لیبر - سایکوز پس از زایمان
* حوادث ترومبوتیک - عفونت شدید( مثال: پیلونفریت) - مرده زایی - اقدامات جراحی در دوران بارداری

سابقه سزارین در بارداری های قبلی: بلی خیر

 در صورت بلی:

* تعداد سزارین های قبلی
* آیا زایمان قبلی سزارین بوده است؟ بلی خیر

**بخش سوم: سوابق طبی**

وجود مشکلات طبی فعلی و یا سابقه مشکلات طبی در گذشته : بلی خیر

* در صورت بلی چه نوع مشکلی؟
* بیماری قلبی(مادرزادی/ غیرمادرزادی) - دیابت - صرع - اختلالات غدد داخلی(مثال: هیپوتیروئیدی، هیپرتیروئیدی) - فشار خون بالا - بیماری های خونی(مثال: سیکل سل، ترومبوفیلی)
* بیماری های التهابی(مثال: بیماری التهابی روده) - اختلالات روانی - بیماری کلیوی

انجام جراحی قبلی روی رحم: بلی خیر

* در صورت بلی لطفا نوع و تعداد جراحی ها رو مشخص کنید:
* جراحی اندومتر(resection/ ablation)
* میومکتومی
* پولیپکتومی
* برداشتن سپتوم رحمی

تخلیه بقایای بارداری(D&E)؟ بلی تعداد

دیلاتاسیون و کورتاژ( D&C)؟ بلی تعداد

ختم جراحی بارداری(هیستروتومی)؟ بلی تعداد

* سایر موارد(مشخص کنید): ...............................

سابقه پرفوراسیون رحمی: بلی خیر نمی داند

**بخش چهارم : وضعیت بارداری فعلی**

* 1. تاریخ احتمالی زایمان(EDC): ..................
	2. آیا این بارداری چند قلویی است: بلی خیر
	3. وجود مشکل در بارداری فعلی بلی خیر
* در صورت بلی نوع مشکل را مشخص کنید:
* >=3مورد miscarriage - آمنیوسنتز - آمبولی مایع آمنیوتیک -زایمان نوزاد با ناهنجاری مادرزادی اصلی - دیابت بارداری -خونریزی - هایپرامزیس نیازمند به بستری
* نوزاد نیازمند به مراقبت ویژه - مرگ نوزادی - پلاسنتا پرویا - دکولمان
* PPH نیازمند به انتقال خون PROM- - پره ترم لیبر - سایکوز پس از زایمان
* حوادث ترومبوتیک - عفونت شدید( مثال: پیلونفریت) - مرده زایی - اقدامات جراحی در دوران بارداری
	1. آیا قبل از بارداری جفت سرراهی تشخیص داده شده بود؟

**بخش پنجم: زایمان و هیسترکتومی**

آیا القای زایمانی انجام شده است؟ بلی خیر

* در صورت بلی لطفا اندیکاسیون القا را بنویسید: ..........................
* آیا پروستاگلاندین واژینال استفاده شده است؟ بلی خیر
* آیا پروستاگلاندین خوراکی استفاده شده است؟ بلی خیر

آیا لیبر خودبخودی شروع شده است: بلی خیر

* در صورتی که پاسخ بلی است تاریخ و ساعت تشخیص لیبر: تاریخ: ......... /............/ .............

 ساعت: ........ : ...........

* آیا در طول لیبر از اکسی توسین استفاده شده است: بلی خیر
* طول مدت استفاده از اکسی توسین(دقیقه): ........... : ................

آیا این زایمان به روش سزارین انجام شده است؟ بلی خیر

* در صورت بلی اندیکاسیون سزارین را بنویسید:
* سزارین قبلی/ اسکار رحمی - مشکلات جفت و بندناف - چندقلویی - زجر جنینی
* آیا هیسترکتومی به عنوان بخشی از عمل انجام شده است؟ بلی خیر

تاریخ و ساعت انجام هیسترکتومی: تاریخ: ......... /............/ .............

 ساعت: ........ : ...........

نوع هیسترکتومی را تعیین کنید: توتال  ساب توتال 

 انتخابی اورژانسی

* در صورتی که هیسترکتومی انتخابی بوده است اندیکاسیون آن را بنویسید: ..............
* در صورتی که هیسترکتومی اورژانسی بوده است لطفا تعیین کنید کدامیک از درمان های زیر انجام شده است:

 تزریق اکسی توسین

 ارگومترین

 پروستاگلاندین F2α

 فاکتور هفت

 آمبولیزاسیون عروق رحمی

 لیگاسیون عروق رحمی

 لیگاسیون شریان ایلیاک داخلی

 سوچور B-Lynch یا سایر سوچور فشاری(brace)

 پک داخل شکمی

 بالون داخل رحمی

 سایر موارد( تعیین کنید)

علل اصلی هیسترکتومی اورژانسی چه بوده است؟

|  |  |
| --- | --- |
|  آتونی رحمی پارگی/ پرفوراسیون رحمی وارونگی رحم لیومیوما کواگولوپاتی پارگی عروق رحمی غیر قابل کنترل با روش های درمانی محافظه کارانه |  چسبندگی غیر طبیعی جفت جفت سرراهی زایمان تسریع شده پارگی ها سپسیس پارگی اسکار قبلی رحم سایر(نام برده شود):......................... |

* در صورت پارگی رحم، زمان وقوع پارگی را تعیین کنید:

 قبل از لیبر  حین لیبر  تروماتیک

آیا آزمایشات پاتولوژی بر روی رحم انجام شده است؟  بلی  خیر

* در صورت بلی نتیجه پاتولوژی را بنویسید: .............................

آیا بعد از هیسترکتومی به عمل جراحی دیگری نیاز بوده است؟

* در صورت بلی نوع جراحی را بنویسید: ........

آیا اندام های زیر در حین جراحی دچار آسیب شده اند؟

 تخمدان ها

 مثانه

 حالب

دریافت خون و فراورده های خونی: بلی خیر

در صورت بلی کدام یک از فراورده های خونی:

 خون کامل یا پک سل

 FFP

 پلاکت

* کرایو
* سایر(بنویسید)
	1. مقادیر دریافت شده خون و فرآورده های خونی را بنویسید (تعداد واحد)؟ ..........

عوامل خطر موجود:

|  |  |
| --- | --- |
| سزارین قبلیلانه گزینی غیرطبیعی جفتجفت سرراهیچسبندگی غیرطبیعی جفتسن بالای مادرمولتی پاریتی بالابارداری چند قلوییخونریزی پیش از بارداری | پره اکلامپسیدیابت بارداریسقطVBACلیبر طولانیاختلالات خونریزی دهنده(نام ببرید)استفاده از روش های کمک باروریسابقه PPHمیومکتومی قبلی |

**بخش ششم: پیامد بارداری**

**الف: مادر**

آیا مادر در بخش ICU/HDU بستری گردید: بلی خیر

* در صورت بلی:

طول دوره بستری: ........ روز

آیا همچنان در بخش های ویژه بستری است

انتقال/ اعزام مادر به بیمارستان دیگر

آیا مادر به عوارض شدید بارداری/ زایمان مبتلا شده است:  بلی  خیر

* در صورت بلی چه نوع عارضه ای؟
* سندرم دیسترس تنفسی بزرگسالانARDS - سکته قلبی - سکته مغزی
* کواگولوپاتی داخل عروقی(DIC) - سندرم هلپ - سندرم مندلسون(پنومونی آسپیراسیون)
* وضعیت نباتی پایدار - نارسایی کلیوی - نیازمند تهویه مصنوعی - سپتیسمی - حوادث ترومبوتیک

آیا مرگ مادر اتفاق افتاده است: بلی خیر

* اگر بلی تاریخ مرگ ثبت گردد: ............
* علت اولیه مرگ در گواهی فوت: ...........

**بخش هفتم**

**نام تکمیل کننده فرم:**

**تاریخ تکمیل فرم:**

**امضاء:**