

生產前評估紀錄單

姓名：

病歷號碼

前胎生產評估	是	否	此胎孕程評估	是	否
1.是否自然產產程約____小時			1.孕程檢查是否正常		
2.剖腹生產原因_____			2.是否有甲狀腺機能障礙		
3.是否有子宮內發育遲緩(出生體重小於 2500 公克)			3.妊娠週數是否大於 42 週小於 37 週		
4.是否為巨嬰(體重大於 4000 公克)			4.孕程是否有抽菸喝酒或服用禁藥		
5.是否早產(小於 37 週)			5.是否因病而長期服用藥物		
6.是否胎死腹中			6.是否有遺傳性疾病高血壓妊娠糖尿病紅斑性狼瘡風濕性關節炎等		
7.是否出現下列現象 子癲前症或子癲症					
早期破水			7.妊娠體重大於 20 公斤小於 10 公斤		
前置胎盤					
胎盤剝離			8.飲食攝取是否正常		
臍帶脫垂			9.此胎是否自然受孕		
8.是否出生後即夭折			10.是否曾接受不孕症治療		
9.是否胎兒水腫			11.是否有習慣性流產		
10.是否出現新生兒高黃疸			12.是否有安胎		
11.是否為先天性代謝異常			13.是否有早期破水		
12.是否為畸形兒			14.羊水是否過多或過少		
13.是否為雙胞胎			15.目前本人或家中小孩有感染疾病，如：腸病毒		

產婦簽章：_____ 年 月 日 時 分

綜合意見

1. 低風險妊娠
2. 高風險妊娠

<input type="checkbox"/> 子癲前症	<input type="checkbox"/> 妊娠高血壓	<input type="checkbox"/> 巨嬰	<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病
<input type="checkbox"/> 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 子宮內發育遲緩	<input type="checkbox"/> 發燒	<input type="checkbox"/> 過期妊娠
<input type="checkbox"/> 前置胎盤	<input type="checkbox"/> 剖腹產後自然產	<input type="checkbox"/> 早產	<input type="checkbox"/> 前胎產後大出血
<input type="checkbox"/> 早期破水	<input type="checkbox"/> 其他		

3.建議事項：

助產師簽章：_____ 年 月 日 時 分