

ศูนย์บริการสาธารณสุข..... ศปง. .... รหัสครอบครัว/เลขที่ HV .....

วันที่รับ.....วันที่เยี่ยม.....

### แบบประเมินสุขภาพ หญิงหลังคลอด

#### ส่วนที่ ๑. ข้อมูลสุขภาพ

##### ๑. ชักประวัติ

ชื่อ ..... นามสกุล .....

อายุ..... ปี

##### ๑.๑ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ครรภ์ที่ ..... ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์  Toxemia of Pregnancy  DM

อื่นๆระบุ.....

วันที่คลอด ..... วิธีการคลอด  ปกติ  ผ่าตัดคลอด

ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ (ระบุ) .....

โรงพยาบาลที่คลอด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

หลักประกันสุขภาพ  ราชการ  ประกันสังคม  ไม่มีสิทธิ  ไม่ทราบสิทธิ

ต่างดาว  อื่นๆ

##### ๑.๒ ประวัติการเจ็บป่วย/ปัจจัยเสี่ยง

โรคประจำตัว (ระบุ).....

โรคทางพันธุกรรม (ระบุ).....

มีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ / ผ่าตัด

หลังคลอด ๑ สัปดาห์ น้ำคาวปลายังเป็นสีเลือดสด

น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น และมีลักษณะคล้ายหนอง

ใช้สารเสพติด

บุหรี่  สุรา  อื่นๆ (ระบุ) .....

#### ๒. ตรวจร่างกาย

##### ๒.๑ สัญญาณชีพ

อุณหภูมิ..... °C      หายใจ.....ครั้ง/นาที      ความดันโลหิต..... มิลลิเมตรปรอท

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม

๒.๒ ตรวจเต้านม

- หัวนมสั้น บอดนูน
- หัวนมแตก
- เต้านมคัดตึง
- เต้านมคัดมาก, อักเสบ

๒.๓ ตรวจมดลูก

- คลำไม่พบ
- ระดับมดลูก (ระบุ).....

ส่วนที่ ๒ ความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด

- ๑. ระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม  ระบุ  ไม่ระบุ
- ๒. การบริหารร่างกายหลังคลอด  ระบุ  ไม่ระบุ
- ๓. การคุมกำเนิด  ระบุ  ไม่ระบุ
- ๔. การตรวจหลังคลอด  ระบุ  ไม่ระบุ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

- ไม่มี
- มี (ระบุ).....

ส่วนที่ ๔ สรุปภาวะสุขภาพ

- ปกติ
- เสีย (ระบุ) .....
- ป่วย (ระบุ) .....

ส่วนที่ ๕ กิจกรรมดำเนินการ

- ให้การพยาบาล (ระบุ) .....
- ให้คำแนะนำ เรื่อง (ระบุ) .....
- นัดรับบริการ/ส่งต่อ (ระบุ) .....
- แจกเอกสาร (ระบุ) .....
- นัดเยี่ยมครั้งต่อไป(ว.ด.ป.) .....
- อื่น ๆ(ระบุ) .....

ส่วนที่ ๖ ติดตามประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ ๒) ระบุวันที่.....

- ๑. ตรวจหลังคลอด  ตรวจ  ไม่ได้ตรวจ  อื่นๆ (ระบุ).....
- ๒. การคุมกำเนิด  คุมกำเนิด (ระบุ).....  ไม่คุมกำเนิด
- ๓. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ระบุรายละเอียด.....

ผู้เยี่ยม.....ตำแหน่ง.....