

Наименование медицинской организации _____	Медицинская документация Учетная форма N 111/у-20 Утверждена приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. N 1130н
Адрес _____	

Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы

1. Ф.И.О. _____

2. Дата и год рождения ____ / ____ / ____ года, полных лет _____

3. Адрес проживания _____

4. Адрес регистрации: - совпадает с адресом проживания; _____

5. Контактные телефоны: мобильный _____; домашний _____;
рабочий _____; адрес электронной почты _____ @ _____

6. Брачное состояние: - брак зарегистрирован; - брак не зарегистрирован; - одинокая

7. Ф.И.О. и телефон доверенного лица _____

8. Образование: - начальное; - среднее; - высшее

9. Профессия _____

10. Место работы _____

11. Инвалидность: - нет; - группа _____

12. Полис ОМС N _____

13. СНИЛС N _____

14. Декретный отпуск с ____ / ____ / ____ года по ____ / ____ / ____ года

15. Листок нетрудоспособности N _____

16. Родовой сертификат: серия N _____; дата выдачи ____ / ____ / ____ года

17. Аллергические реакции: - нет; - да (при наличии - выделить цветом) _____

18. Данные о группе крови, Rh-факторе - пациентка				19. Данные о группе крови, Rh-факторе - отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ____ / ____ / ____ г.				Дата определения ____ / ____ / ____ г.			
Подпись врача				Подпись врача			
Печать				Печать			
Данные о введении антител Ig при предыдущих беременностях ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							
Данные о введении антител Ig при текущей беременности ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							

20. Данная беременность по счету _____

21. Данные роды по счету _____

22. Срок и дата первой явки (взятия на учет) _____

23. Роды: дата _____; при сроке беременности _____; медицинская организация _____

24.1 Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 нед. (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска

24.2 Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций)

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11-13 недель	В 18-20 недель	В 30-34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий
	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать) _____	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий
	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий

25 .Диагноз:

основной _____

осложнения данной беременности _____

Сопутствующие заболевания:

соматические _____

гинекологические _____

Обменно-уведомительную карту N _____ получила _____ (дата, подпись)

Родовой сертификат серия N____ получила _____ (дата, подпись)

Инфекции, передаваемые половым путём: -нет; -да (дата, лечение) _____

Последнее обследование молочных желёз: _____ год; _____ метод;
результат _____

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки: _____ год;
_____ метод; результат _____

Исходы предыдущих беременностей

N	Год	Наступила: 1 -самопроизвольно; 2- индуцирована 3- е применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, послеоперационного периода

Сведения об отце ребёнка:

Возраст _____ лет; рост _____ см; масса тела _____ кг; ИМТ _____ кг/м²

Вредные привычки: -нет; -курение; - алкоголь; -наркотики

Хронические заболевания: -нет; -да _____

Инфекции, передаваемые половым путем: -нет; -да (дата, лечение) _____

Социально значимые инфекции: -нет; -ВИЧ; -туберкулёз, -гепатит В; -гепатит С;
 -сифилис;
 -другие _____

Последняя флюорография: дата _____ результат _____

Сведения о прививках: -столбняк; -дифтерия; -корь; -краснуха; -грипп

С моих слов записано верно. Подпись и Ф.И.О. беременной _____ (_____)

Дата заполнения ____ / ____ / ____ года. Подпись и Ф.И.О. врача _____ (_____)

СВЕДЕНИЯ О НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность: -первая; -повторная наступила; -спонтанно; -индуцирована; - с помощью ВРТ
Предгравидарная подготовка: - нет; - да _____

Если ВРТ, то номер попытки _____, перенос эмбрионов: -нативного; -криоконсервированного
Дата переноса эмбриона(ов) ____/____/____ г.

Число перенесенных эмбрионов _____
Возраст матери/донора на дату криоконсервации _____

Предстоящие роды: -первые; -повторные

Беременность: -одноплодная; -многоплодная; количество плодов _____

Взята на учёт по беременности ____/____/____ г., в сроке _____ недель

Последняя менструация ____/____/____ г.

Дата 1-го УЗИ ____/____/____ г.; срок беременности _____ недель

Первое шевеление плода ____/____/____ г.

Предполагаемая дата родов ____/____/____ г.

Первое обследование беременной

Дата осмотра ____/____/____ г.

Жалобы: -нет; -да _____

Состояние кожных покровов: -чистые; -высыпания _____

Распределение и выраженность подкожной жировой клетчатки: -по женскому типу;
 -по мужскому типу; -недостаточно выражена; -нормально выражена; -избыточно выражена
Отеки: -нет; -да (локализация, выраженность) _____

Варикозное расширение вен нижних конечностей: -нет; -да
Увеличение лимфатических узлов: -нет; -да (локализация, болезненность) _____

Осмотр и пальпация: молочных желез: -патологических изменений нет; -признаки фиброзно-
кистозной мастопатии; п-пальпируется узловое образование _____;
 безболезненны масталгия;
соски: -сформированы правильно; -втянуты; другие изменения _____

Тоны сердца: -ясные; _____

Пульс _____/мин

АД на правой руке ____/____ мм рт.ст., на левой руке ____/____ мм рт.ст.

Аускультация лёгких: -дыхание везикулярное; _____

Шевеления плода: -ощущает; -не ощущает (после 16 недель)

Сердцебиение плода (уд/мин) _____ (после 12 недель)

Окружность живота _____ см (после 20 недель)

Высота дна матки _____ см (после 20 недель)

Положение плода: -продольное; -косое; -поперечное (после 34 недель)

Над входом в малый таз определяется: -головка; -тазовый конец;

-другое _____ (после 34 недель)

Предлежащая часть: -прижата; -подвижна (после 34 недель)

Гинекологический осмотр

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки: -визуально не изменена; _____

Влагалищное исследование: наружные половые органы: -развиты правильно;

-указать отклонения _____

влагалище: -без патологии; -указать отклонения _____

шейка матки: -плотная; -размягчена; -мягкая; длиной _____ см _____

отклонена: -кзади; -кпереди; -расположена по центру; слизистая _____

наружный зев: -сомкнут; -пропускает кончик пальца; -пропускает палец

тело матки: увеличено до _____ недель беременности; -подвижное, _____,

-безболезненное; -болезненное;

околоматочное пространство _____

придатки слева: -без особенностей;

особенности _____

придатки справа: -без особенностей;

особенности _____

экзостозы: -нет;

обнаружены _____

отделяемое из цервикального канала _____; влагалища _____

Диагноз

Срок беременности _____ недель.

Анализы:

Назначения:

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

Рекомендованный срок следующего посещения: _____

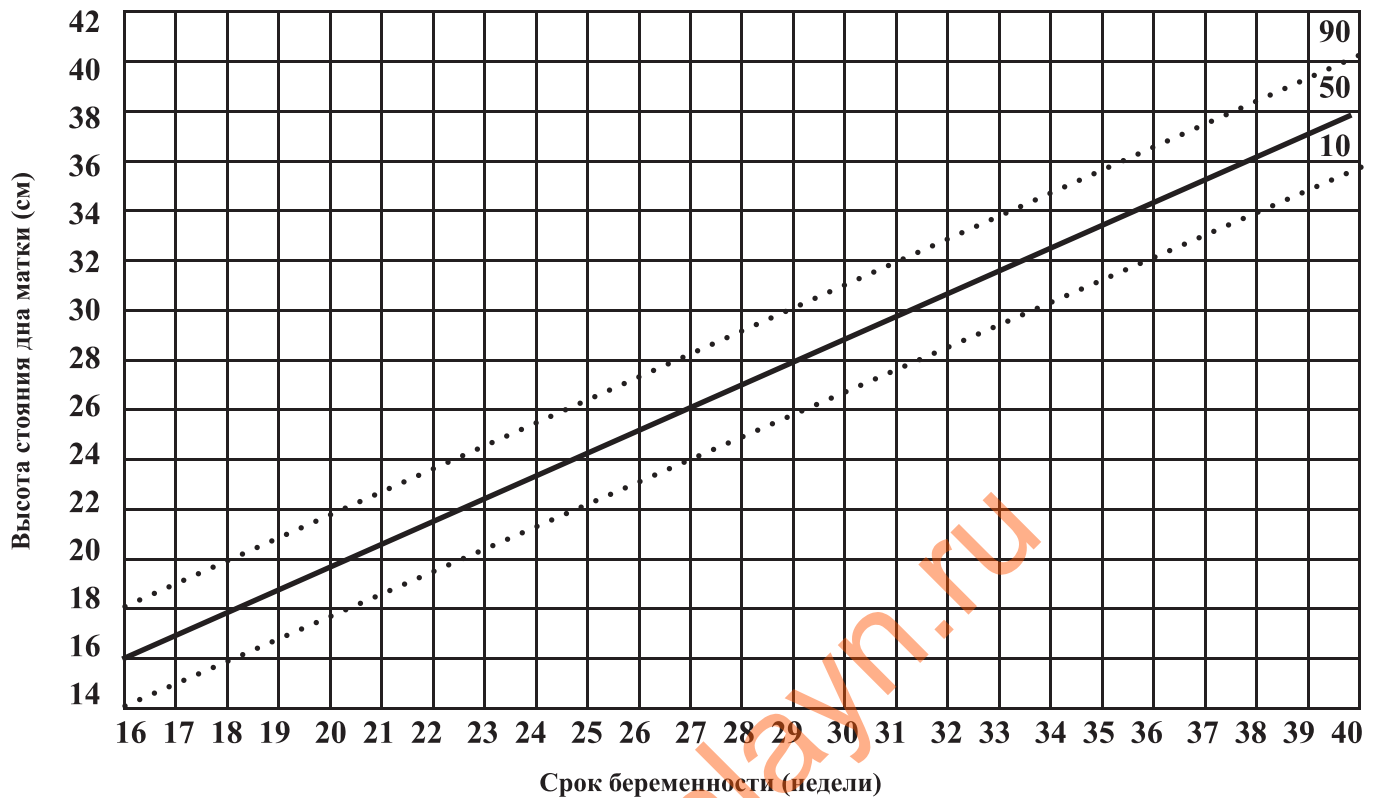
Дата заполнения ____ / ____ / ____ года.

Подпись врача _____ (_____)

Подпись беременной _____ (_____)

НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Гравидограмма - после 20 недель беременности



2. Пельвиометрия

D. sp. _____ см,

D. cr. _____ см,

D. troch. _____ см,

C. ext. _____ см,

C. vera _____ см,

C. diag. _____ см,

индекс Соловьёва _____,

ромб Михаэлиса _____ см x _____ см.

Дополнительные размеры таза (по показаниям) _____

Дата заполнения ____ / ____ / ____ года.

Подпись врача _____ (_____)

3. Таблица наблюдения за беременной

N посещения	1	2	3	4	5	6	7	И далее, в соответствии с назначенными посещениями	
Дата									
Срок беременности (неделя)									
Жалобы (да/нет)									
Отёки (-, 1+, 2+, 3+)									
Прибавка массы тела (+г)									
АД	систола, (мм рт. ст.)								
	диастол, (мм рт. ст.)								
Пульс (уд/мин)									
Сердцебиение плода (уд/мин) (> 12 нед.)									
Шевеления плода: 1-ощущает, 2-не ощущает (> 16 нед.)									
Высота дна матки (см) (> 20 нед.)									
Окружность живота (см) (> 20 нед.)									
Положение плода: 1-продольное, 2-косое, 3-поперечное (> 34 нед.)									
Над входом в малый таз: 1-головка, 2-тазовый конец, 3-другое - (> 34 нед.)									
Предлежащая часть: 1- прижата, 2-подвижна (> 34 нед.)									
Белок в моче (-, 1+, 2+, 3+)									
Гемоглобин (г/л)									
Глюкоза, ммоль/л									
ТТГ, мкМЕ/л									
S. agalactiae в мазке									
Бактериоскопическое исследование мазков									
Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки									
Посев мочи на бессимптомную бактериурию									
Комплексная оценка антенатального развития плода в 11-14 недель (скрининг 1-го триместра)									
Оценка антенатального развития плода в 19-21 неделю (УЗИ скрининг 2-го триместра)									
УЗИ-цервикометрия									
УЗИ плода/плодов по показаниям									
Инвазивная диагностика при высоком риске хромосомных аномалий (далее - ХА)									
Кардиотокография плода/плодов (далее - КТГ)									
Подпись врача									

4. Лист назначений

N посещения	1	2	3	4	5	и далее, в соответствии с назначенными посещениями				
Дата										
Срок беременности (неделя)										
Анализы										
Назначения										
Листок нетрудоспособности										
Дата следующего посещения										
Подпись врача										
Разъяснения получила. Вопросы не имею. Подпись пациентки										

5. Приём лекарственных препаратов во время данной беременности

Даты периода приема	Наименование лекарственного препарата	Показания	Доза/ длительность	Побочные эффекты

6. Лист заключительных (уточненных) диагнозов

Дата Срок беременности	Специалист	Диагноз	Рекомендации
____ / ____ / ____ г. ____ нед.			
____ / ____ / ____ г. ____ нед.			
____ / ____ / ____ г. ____ нед.			
____ / ____ / ____ г. ____ нед.			
____ / ____ / ____ г. ____ нед.			

Дата заполнения ____ / ____ / ____ г.

Подпись врача _____ (_____)

7. Лист обследования
 Определение антител

Дата		
Антитела к бледной трепонеме (Treponema pallidum)	N _____	N _____
	Подпись _____	Подпись _____
Антитела классов М, G к ВИЧ 1/2 и антиген р24	N _____	N _____
	Подпись _____	Подпись _____
HBsAg или антитела к HBsAg		
anti-HCV IgG и anti-HCV IgM		

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Дата	
Вирус краснухи	IgM
	IgG

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Дата	
Антирезусные антитела	

- от обследования отказалась ____ / ____ / ____ г. Подпись _____ (_____)

Анализы крови
 Общий анализ крови

Дата				
Гемоглобин, г/л				
Эритроциты, $10^{12}/л$				
Цветовой показатель, %				
Ретикулоциты, %				
Тромбоциты, $10^9/л$				
Лейкоциты, $10^9/л$				
Лейкоциты (%)	Миелоциты			
	Метамиелоциты			
	Палочкоядерные			
	Сегментоядерные			
	Эозинофилы			
	Базофилы			
	Лимфоциты			
Моноциты				
СОЭ, мм/ч				

Биохимический анализ крови

Дата		
Общий билирубин, мкмоль/л		
Прямой билирубин, мкмоль/л		
Общий белок, г/л		
АЛТ, ЕД/л		
АСТ, ЕД/л		
Глюкоза, ммоль/л		

Коагулограмма

Дата		
Количество тромбоцитов, $10^9/л$		
АЧТВ, сек.		
Фибриноген, г/л		
Протромбиновое время, %		

Пероральный глюкозотолерантный тест, ммоль/л (при нарушении углеводного обмена)

____ / ____ / ____ года. Срок _____ недель	
--	--

Уровень тиретропного гормона (ТТГ), мкМЕ/л

____ / ____ / ____ года. Срок _____ недель	
--	--

Мазки

Определение стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или ректо-вагинальном отделяемом (в 35-37 недель беременности) ____/____/____ г.

Результат _____

- от обследования отказалась ____/____/____ г. Подпись _____ (_____)

Бактериоскопическое исследование мазков

Дата						
Локусы	С	V	U	С	V	U
Лейкоциты						
Эпителий						
Ключевые клетки						
Кандиды						
Трихомонады						
Гонококки						
pH						

Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) ____/____/____ г.

Результат _____

Анализ мочи

Общий анализ мочи

Дата										
Количество, мл										
Цвет										
pH										
Плотность										
Лейкоциты										
Эритроциты										
Белок, г/л										
Цилиндры										
Соли										

Посев мочи на бессимптомную бактериурию (при 1-м визите) ____/____/____ г.

Результат _____