

รหัส OB

แบบฟอร์มการลงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในจ.เชียงใหม่

โรงพยาบาล.....

รหัส CM.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี

วันที่ Admit.....

การตั้งครรภ์ครั้งที่.....

อายุครรภ์..... สัปดาห์

กำหนดคลอด.....

ประเภทผู้ป่วย  เชี่ยว  เหลือง  แดง

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ไม่เคยได้รับวัคซีน

เคยได้รับ

เข็มที่ 1  ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ 2  ชนิดวัคซีน.....

เข็มที่ 3  ชนิดวัคซีน.....

อื่นๆ.....

การคลอด  ยังไม่คลอด

คลอดแล้ว วิธีการคลอด  คลอดเอง

ผ่าตัดคลอด

ทารก  มีชีวิต  ไม่มีชีวิต

น้ำหนักคลอด.....กรัม

วันที่ จำหน่ายกลับบ้าน.....