

شماره ته برگ ارجاع مرکز ناباروری .....	فرم ارجاع به مرکز ناباروری سطح ۲ □ سطح ۳ □ .....	فرم پسخوراند مرکز ناباروری سطح ۲ □ سطح ۳ □
نام و نام خانوادگی: .....	شماره ته برگ ارجاع: .....	شماره ته برگ ارجاع: .....
کد ملی: .....	تاریخ ارجاع: .....	تاریخ پذیرش: .....
سن: .....	مبدا ارجاع: .....	با سلام احترام
مبدا ارجاع: .....	نام خانوادگی و سمت ارجاع دهنده: .....	نتایج ارزیابی / معاینات / اقدامات پاراکلینیک و درمانی خانم .....
تاریخ ارجاع: .....	همکار ارجمند: با سلام واحترام،	جهت اطلاع و تعیین روند مراقبت های بعدی وی ارسال می گردد.
نام خانوادگی و سمت ارجاع دهنده: .....	خانم .....	الف) ثبت شرح مختصری از بررسی / معاینات / اقدامات انجام شده:
مقصود ارجاع: .....	است به منظور اطلاع کارکنان بهداشتی از روند مراقبت های بعدی، دستورات مورد نیاز در فرم پسخوراند تکمیل و به مراجعه کننده تحویل گردد.	.....
مرکز سطح ۲ □ مرکز سطح ۳ □	الف) شرح مختصری از وضعیت فعلی فرد ارجاع شده:	.....
نام مرکز: .....	سن: .....	.....
مختصری از شرح ارجاع: .....	نمایه توده بدنی: .....	.....
.....	تعداد بارداری: .....	.....
.....	تعداد فرزند زنده: .....	.....
.....	تعداد سقط: .....	.....
.....	تعداد مرده زایی و EP: .....	.....
.....	سابقه استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری مدرن (نام روش و مدت مصرف): .....	.....
.....	وضعیت قاعدگی: منظم □ نامنظم □	.....
.....	طول مدت خونریزی قاعدگی: .....	.....
.....	فاصله قاعدگی ها: .....	.....
.....	سن اولین قاعدگی: .....	.....
.....	وضعیت خویشاوندی با همسر: .....	.....
.....	مدت زمان اقدام به بارداری به ماه: .....	.....
.....	سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری و داروهای مصرفی: .....	.....
.....	دارای مواجهات شغلی خطرناک برای بارداری در خود یا همسر (ثبت در صورت وجود): .....	.....
.....	مصرف انواع دخانیات در خود یا همسر (در صورت وجود ثبت نام و مدت مصرف): .....	.....
.....	ب) سابقه درمان و مداخلات ناباروری قبلی:	.....
.....	اقدامات غیردارویی: .....	.....
.....	درمانهای دارویی: .....	.....
.....	مداخلات کمک ناباروری و جراحی: .....	.....
.....	نام خانوادگی و امضا پسخوراند دهنده: .....	.....

شماره ته برگ ارجاع مرکز ناباروری .....	فرم ارجاع به مرکز ناباروری سطح ۲ □ سطح ۳ □ .....	فرم پسخوراند مرکز ناباروری سطح ۲ □ سطح ۳ □
نام و نام خانوادگی: .....	شماره ته برگ ارجاع: .....	شماره ته برگ ارجاع: .....
کد ملی: .....	تاریخ ارجاع: .....	تاریخ پذیرش: .....
سن: .....	مبدا ارجاع: .....	با سلام احترام
مبدا ارجاع: .....	نام خانوادگی و سمت ارجاع دهنده: .....	نتایج ارزیابی / معاینات / اقدامات پاراکلینیک و درمانی خانم .....
تاریخ ارجاع: .....	همکار ارجمند: با سلام واحترام،	جهت اطلاع و تعیین روند مراقبت های بعدی وی ارسال می گردد.
نام خانوادگی و سمت ارجاع دهنده: .....	خانم .....	الف) ثبت شرح مختصری از بررسی / معاینات / اقدامات انجام شده:
مقصود ارجاع: .....	است به منظور اطلاع کارکنان بهداشتی از روند مراقبت های بعدی، دستورات مورد نیاز در فرم پسخوراند تکمیل و به مراجعه کننده تحویل گردد.	.....
مرکز سطح ۲ □ مرکز سطح ۳ □	الف) شرح مختصری از وضعیت فعلی فرد ارجاع شده:	.....
نام مرکز: .....	سن: .....	.....
مختصری از شرح ارجاع: .....	نمایه توده بدنی: .....	.....
.....	تعداد بارداری: .....	.....
.....	تعداد فرزند زنده: .....	.....
.....	تعداد سقط: .....	.....
.....	تعداد مرده زایی و EP: .....	.....
.....	سابقه استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری مدرن ( نام روش و مدت مصرف): .....	.....
.....	وضعیت قاعدگی: منظم □ نامنظم □	.....
.....	طول مدت خونریزی قاعدگی: .....	.....
.....	فاصله قاعدگی ها: .....	.....
.....	سن اولین قاعدگی: .....	.....
.....	وضعیت خویشاوندی با همسر: .....	.....
.....	مدت زمان اقدام به بارداری به ماه: .....	.....
.....	سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری و داروهای مصرفی: .....	.....
.....	دارای مواجهات شغلی خطرناک برای بارداری در خود یا همسر (ثبت در صورت وجود): .....	.....
.....	مصرف انواع دخانیات در خود یا همسر (در صورت وجود ثبت نام و مدت مصرف): .....	.....
.....	ب) سابقه درمان و مداخلات ناباروری قبلی:	.....
.....	اقدامات غیردارویی: .....	.....
.....	درمانهای دارویی: .....	.....
.....	مداخلات کمک ناباروری و جراحی: .....	.....
.....	نام خانوادگی و امضا پسخوراند دهنده: .....	.....