

ชื่อ-สกุล..... โรคที่พบ

แบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเสี่ยงสูง งานฝากครรภ์ จังหวัดสตูล (Form ANC Screening - Level 3-ต.ค.62)

ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่คัดกรองได้

No.	รายการความเสี่ยง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4		ครั้งที่ 5		ครั้งที่ 6		ครั้งที่ 7		ครั้งที่ 8	
		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1. GDM : (Gestational Diabetes Mellitus)																	
1	BMI ก่อนตั้งครรภ์ > 25 ร่วมกับความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้																
1.1	ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน																
1.2	บุตรคนก่อน มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4000 กรัม																
1.3	ประวัติ GDM ในครรภ์ที่ผ่านมา																
1.4	ประวัติรับยาความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์																
1.5	มีประวัติ Cardio vascular disease																
1.6	มีประวัติ Polycystic Ovary Syndrome: PCOS																
1.7	มีประวัติ HDL < 35, TG > 250, HbA1C ≥ 5.7%																
1.8	BMI ก่อนตั้งครรภ์ > 40																
2	ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ≥ 1 ⁺																
3	U/S พบน้ำคร่ำมากผิดปกติ																
2. PIH : (Pregnancy-induced Hypertension)																	
1	ประวัติ PIH ในครรภ์ก่อน																
2	ประวัติ IUGR ที่คลอดก่อน 34 Wks																
3	มีโรคประจำตัวต่อไปนี้																
3.1	DM																
3.2	Renal Insufficiency																
3.3	Antiphospholipid Syndrome : APS, SLE																
4	BP ≥ 140/90 หลังนั่งพัก 15 นาที																
5	Alb ≥ 1 ⁺ หรือพบอาการบวมที่มือและเท้าหลังตื่นนอน																

ประเมินใน ครั้งที่ 1 ของการฝากครรภ์

ประเมินใน ครั้งที่ 1 ของการฝากครรภ์

