

แบบสอบถามอาการผิดปกติ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี

กำหนดคลอด	ทราบ	ไม่ทราบ	ไม่แน่ใจ
1. ท่านทราบกำหนดคลอดแล้ว			
2. ท่านทราบว่า ก่อนกำหนดคือ คลอดก่อนวันที่เท่าไร			
หมายเหตุ: หากไม่ทราบ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่			
ท่านมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือไม่		ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านยกของหนักทุกวัน หรือ ท่านยืนทำงานติดต่อกันนานกว่า 8 ชั่วโมง			
2. ท่านดื่มสุรา สูบบุหรี่ (หรือ สามี หรือคนในบ้านสูบบุหรี่)			
3. ท่านเคยคลอดบุตรก่อน 37 สัปดาห์			
4. ท่านรู้สึกท้องป็น ท้องแข็ง บ่อยกว่า 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง			
5. ท่านมีน้ำใส ๆ ไหลออกทางช่องคลอด กลั้นไม่ได้ หรือมีน้ำเดิน			
6. ท่านมีเลือดสด ๆ หรือ มูกเลือด ออกทางช่องคลอดหรือไม่			
หมายเหตุ: หากมีภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ ทันที			
หมายเหตุ: หากท่านมีเลือดออก หรือ มีน้ำเดิน หรือ ท้องป็นบ่อยกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที			
ท่านมีความเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษหรือไม่		มี	ไม่มี
1. ท้องที่แล้ว มีภาวะแทรกซ้อนครรภ์เป็นพิษ			
2. มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง			
3. มีโรคประจำตัว โรคไต			
4. มีโรคประจำตัว เบาหวาน			
5. มีโรคประจำตัว SLE			
6. ท่านมีอายุ 35 ปีขึ้นไป			
7. ท่านตั้งครรภ์ ครั้งแรก			
8. ท่านมีน้ำหนักตัวมาก BMI > 30			
9. ท้องที่แล้ว เคยคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม			
10. ท้องที่แล้ว หรือ บุตรคนสุดท้อง เกิน 10 ปี			
11. มารดาหรือญาติของท่าน เคยตั้งครรภ์และมีภาวะแทรกซ้อนครรภ์เป็นพิษ			
12. วันนี้ ท่านมีอาการปวดหัว ตาพร่ามัว จุกแน่นท้อง			
13. วันนี้ท่านมีอาการชา หรือเท้าบวม ผิดปกติ			
14. ตรวจวัดความดันโลหิต มากกว่า หรือ เท่ากับ 140/90 มม.ปรอท			
หมายเหตุ: หากมีภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ หรือ สูติแพทย์ ทันที			
หมายเหตุ: หากมีอาการอาการปวดหัว ตาพร่ามัว จุกแน่นท้อง ความดันโลหิต มากกว่า หรือ เท่ากับ 140/90 มม.ปรอท ให้รีบมาโรงพยาบาล ทันที			
ท่านมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจหรือไม่		มี	ไม่มี
1. ท่านเคยวูบ หน้ามืด เป็นลมหมดสติ			
2. ท่านมีอาการบวมที่ขา มือ หน้า			
3. ปลายมือปลายเท้า เเขียว			
4. ท่านมีอาการแน่นหน้าอก			

5. ท่านเหนื่อยผิดปกติ หรือ ลูกมาไอหอบ ตอนกลางคืน			
6. ท่านนอนหลับนอน 2-3 ใบขึ้นไป นอนราบไม่ได้ ต้องนอนให้ศีรษะสูง			
7. ท่านมีอาการใจสั่น หรือ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่			
8. ระดับออกซิเจนในเลือด(oxygen sat. < 96%)			
9. ท่านเคยผ่าตัดหัวใจ			
หมายเหตุ: หากมีภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้รับมาโรงพยาบาล ทันที			
ท่านทราบวิธีนับลูกตื่นหรือไม่			
1. ท่านทราบวิธีนับลูกตื่น		ทราบ	ไม่ทราบ
2. วันนี้นับลูกตื่น เกิน 10 ครั้งต่อวัน		เกิน 10	น้อยกว่า10
หมายเหตุ: หากลูกตื่นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน ให้รับมาโรงพยาบาล ทันที			
หากท่านไม่ทราบวิธีนับลูกตื่นให้แจ้งเจ้าหน้าที่			
ท่านทราบผลเสียของการใช้สารเสพติดหรือไม่		ทราบ	ไม่ทราบ
1. ท่านทราบหรือไม่ว่า การเสพยาบ้า ทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ชัก และเสียชีวิตได้			
2. ท่านทราบหรือไม่ว่า การเสพยาบ้า ทำให้ทารกพัฒนาการทางสมองช้า			

* หากมีอาการผิดปกติ หรือมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อห้องคลอด หมายเลข 042-245555 ต่อ 1331

* กรณีเร่งด่วน ให้มาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี