



Birth defects form

- 1- الرجاء تعبئة هذا النموذج لكل تشوه خلقي شخّص حتى عمر السنة عند ولادة جنين حي، ولادة جنين ميت، او عند انتهاء الحمل.
2- توضع اشارة (✓) في المكان المناسب.
3- ترسل الاستمارة الى مرصد وفيات الامهات والرضع بوزارة الصحة العامة خلال مدة اقصاها عشرة ايام من تاريخ التشخيص.

رمز المستشفى: _____

رقم سجل الأم الطبي: _____

ذكر أنثى

الجنس: _____

رقم سجل المولود الطبي: _____

إسم الأم الثلاثي: _____

إسم المولود: _____

إسم الأب: _____

المحافظة: _____

المنطقة: _____

مكان الإقامة: _____

البنية: _____

الشارع: _____

مكان الولادة: _____

المحافظة: _____

الأم: _____

مكان الولادة: _____

المحافظة: _____

الأب: _____

الجنسية: _____

الأب: _____

الأم: _____

الجنسية: _____

اليوم / الشهر / السنة

اليوم / الشهر / السنة

تاريخ خروج الوليد من المستشفى: _____

تاريخ الولادة: _____

مكان آخر (حدد) نفس المستشفى

مكان الولادة: _____

ثابت: _____

خليوي (٢): _____

خليوي (١): _____

أرقام هاتف الوالدين: _____

مذهب الأب: _____

مذهب الأم: _____

رقم أحد الأقارب: _____

عمر الأب: _____

عمر الأم: _____

4. متوسط

3. ابتدائي

2. تقرأ و تكتب

1. أمية

التحصيل العلمي للأم: _____

8. جامعي عالي

7. جامعي أولي

6. مهني

5. ثانوي

(آخر شهادة علمية حصلت عليها)

إذا كانت الاجابة نعم يرجى توضيح الدرجة:

لا نعم

القربية بين الوالدين: _____

(1) قرابة من الدرجة الأولى (أم و أب المولود أولاد عم أو خال)

(2) قرابة من الدرجة الثانية (جدّ وجدّة المولود أولاد عم أو خال)

(3) قرابة من الدرجة الثالثة أو أكثر (أقرباء و لكن بدرجة أقل)

في حال القرابة يرجى كتابة نوع القرابة: _____

حالة الوليد عند مغادرة المستشفى: متوفي ولادة جنين ميت إنهاء الحمل لا يزال في المستشفىحالة الوليد عند مغادرة المستشفى: متوفي حي

الانتقال الى مستشفى آخر: حدد _____

الخروج الى المنزل

(1) إذا كان الوليد حياً: _____

الساعة: _____ / _____ / _____

يرجى تحديد تاريخ الوفاة _____

(2) في حالة الوفاة: _____

الرجاء إختيار التشوه الخلقي المناسب:

❖ Cardiovascular:	❖ Gastrointestinal:
<input type="checkbox"/> Atrial Septal Defect	<input type="checkbox"/> Atresia of esophagus without fistula
<input type="checkbox"/> Common atrioventricular canal	<input type="checkbox"/> Atresia of esophagus with tracheo-esophageal fistula
<input type="checkbox"/> Coarctation of aorta	<input type="checkbox"/> Congenital absence, atresia and stenosis of large intestine
<input type="checkbox"/> Discordant ventriculoarterial connection	<input type="checkbox"/> Congenital absence, atresia and stenosis of small intestine
<input type="checkbox"/> Hypoplastic Left Heart Syndrome	<input type="checkbox"/> Congenital fistula of rectum and anus
<input type="checkbox"/> Malformations of aortic & mitral valves	<input type="checkbox"/> Congenital malformations of intestinal fixation
<input type="checkbox"/> Malformations of pulmonary & tricuspid valves	<input type="checkbox"/> Hirschsprung's disease
<input type="checkbox"/> Congenital pulmonary valve stenosis	<input type="checkbox"/> Congenital tracheo-esophageal fistula NOS
<input type="checkbox"/> Single Ventricle	❖ Central nervous system:
<input type="checkbox"/> Tetralogy of Fallot	<input type="checkbox"/> Anencephaly
<input type="checkbox"/> Ventricular Septal Defect	<input type="checkbox"/> Arnold-Chiari syndrome
❖ Clefts:	<input type="checkbox"/> Encephalocele
<input type="checkbox"/> Cleft lip	<input type="checkbox"/> Spina bifida
<input type="checkbox"/> Cleft palate	<input type="checkbox"/> Congenital hydrocephalus
<input type="checkbox"/> Cleft lip and palate	<input type="checkbox"/> Microcephaly
❖ Chromosomal abnormalities:	❖ Genitourinary:
<input type="checkbox"/> Down syndrome (T21)	<input type="checkbox"/> Hypospadias
<input type="checkbox"/> Edwards' syndrome, unspecified (T18)	<input type="checkbox"/> Renal agenesis and other reduction defects of kidney
<input type="checkbox"/> Patau's syndrome, unspecified (T13)	<input type="checkbox"/> Indeterminate sex, unspecified
❖ Musculoskeletal:	<input type="checkbox"/> Cystic kidney disease
<input type="checkbox"/> Congenital dislocation of hip, unspecified	<input type="checkbox"/> Congenital hydronephrosis
<input type="checkbox"/> Diaphragmatic hernia	❖ Respiratory:
<input type="checkbox"/> Gastroschisis	<input type="checkbox"/> Choanal atresia
<input type="checkbox"/> Omphalocele	<input type="checkbox"/> Hypoplasia and dysplasia of lung
<input type="checkbox"/> Polydactyly	❖ Eye, ear, face and neck:
<input type="checkbox"/> Syndactyly	<input type="checkbox"/> Anophthalmos, microphthalmos and macrophthalmos
<input type="checkbox"/> Clubfoot NOS	<input type="checkbox"/> Congenital cataract
<input type="checkbox"/> Reduction defects of the limb(s) (specify): _____	<input type="checkbox"/> Webbing of neck
	<input type="checkbox"/> Microtia/Anotia
<input type="checkbox"/> Identified syndromes (non-chromosomal):	❖ Other major or life threatening defects:
Please name the syndrome: _____	Please specify: _____

إمضاء الطبيب الذي شخص التشوه الخلقي:

إسم الطبيب الذي شخص التشوه الخلقي:

التعرض لمواد قبل وخلال فترة الحمل:

تدخين السجائر قبل ستة أشهر من الحمل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تتذكر	تدخين النرجيلة بستة أشهر قبل الحمل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تتذكر
تدخين السجائر خلال الحمل:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	حدّد عدد السجائر/يوم: _____	إذا نعم،
إذا لا، هل هي معرّضة لتدخين سلبي بشكل منتظم (سجائر أو نرجيلة)؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
تدخين النرجيلة خلال الحمل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إذا نعم، راس نرجيلة/اسبوع: _____	
شرب الكحول خلال الحمل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	كأس/اسبوع: _____	

طول الأم: _____ (سنتم) وزن الأم قبل الحمل: _____ (كلغ) وزن الأم عند الولادة: _____ (كلغ)

تناول حمض الفوليك بانتظام (بنسبة 0.4 ملغ/يوم): لا نعم، قبل شهر من الحمل على الأقل نعم، خلال الثلث الأول من الحمل

أمراض مزمنة لدى الأم:

ارتفاع ضغط مزمن لا نعم اضطراب تخثر الدم لا نعم

داء الصرع لا نعم

خلل في وظيفة الغدة الدرقية لا نعم إذا نعم، حدد النوع، قصور الدرقية فرط الدرقية

داء السكري لا نعم إذا نعم، حدد النوع، معتمد على الأنسولين غير معتمد على الأنسولين

استعمال الأدوية التي قد تسبب التشوهات الخلقية: (استناداً إلى اللانحة الملحقة):

مضادات حيوية (Antibiotics) لا نعم الاسم: _____ أدوية للتهابات (Anti-inflammatory) لا نعم الاسم: _____

أدوية الكوليسترول (Anti-cholesterol) لا نعم الاسم: _____ أدوية الأمراض الخبيثة (Antineoplastic) لا نعم الاسم: _____

أدوية الأعصاب (Anti-depressant) لا نعم الاسم: _____ أدوية الكورتيزون (Corticosteroids) لا نعم الاسم: _____

أدوية الصرع (Antiepileptic) لا نعم الاسم: _____ أدوية مدرات البول (Diuretic) لا نعم الاسم: _____

أدوية ضغط الدم (Antihypertensive) لا نعم الاسم: _____ أدوية الغدة الدرقية (Thyroid drugs) لا نعم الاسم: _____

آخر، (حدد): _____

معلومات عن الحمل:

العدد الكلي لحالات الحمل: _____ عدد الولادات السابقة: _____

عدد الإجهاضات السابقة: _____ تلقائي: _____ غير تلقائي: _____ عدد الأولاد الأحياء: _____

تاريخ الولادة المتوقع: _____ / _____ / _____ تاريخ آخر دورة شهرية (الميعاد): _____ / _____ / _____

العمر الحمل: _____ أسبوع + _____ يوم

سكري ناتج عن الحمل: لا نعم

تشوهات خلقية سابقة: لا نعم

نتيجة الصورة الصوتية غير طبيعية: لا نعم

أذكر النتيجة: _____

أذكر العمر الحمل عند إجراء الصورة: _____ أسبوع + _____ يوم / الثلث الأول

الثلث الثاني

الثلث الثالث

الحمل: مفرد توأمي ثلاثي أكثر

معلومات عن المولود:

درجة الأبخار: _____ عند الدقيقة الأولى 10/ _____ عند الدقيقة الخامسة 10/ _____

الوزن عند الولادة _____ غ محيط الرأس عند الولادة _____ سنتم الطول عند الولادة: _____ سنتم

إمضاء مدير المستشفى:

إمضاء مجمع البيانات: