

ตั้งครรภ์อย่างวางใจ
คลอดบุตรอย่างปลอดภัย

คู่มือสุขภาพคนท้อง



การดูแลแบบคลอดอย่างอ่อนโยน

ศึกษาการคลอดบุตร

การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ดูแลทารก

ทรัพยากรการคลอดบุตร

เว็บไซต์&แฟนเพจการดูแลสตรีตั้งครรภ์

<http://mammy.hpa.gov.tw>
<https://www.facebook.com/mammy.hpa>

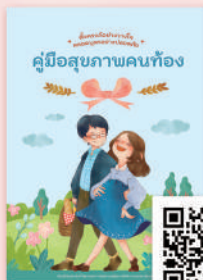
- ✓ คำแนะนำทางการแพทย์ก่อนคลอด
- ✓ การดูแลการตั้งครรภ์และการตรวจก่อนคลอด
- ✓ แหล่งข้อมูลการคลอดบุตร
- ✓ ขอความช่วยเหลือทางการแพทย์



สายด่วนดูแลมารดา

☎ 0800-870870

- ✓ ศูนย์บริการข้อมูลพิเศษ
- ✓ คำแนะนำการให้นมบุตร
- ✓ แหล่งข้อมูลก่อนคลอดและการอ้างอิง
- ✓ การปรับตัวและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ



การป้องกันด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจรรยาบรรณแห่งชาติ
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare



คู่มือสุขภาพคนท้อง

- คำแนะนำด้วยตนเอง -

อย่าลืมนำคู่มือสุขภาพมารดาและบัตร NHI ติดตัวไปด้วยขณะทำการทดสอบก่อนคลอด!

กรุณาลงนามในบันทึกการตรวจสอบแต่ละครั้ง (โปรดดูหน้า 4~6) และบันทึกผลการตรวจลงในคู่มือ หากคุณมีคำถามใดๆ คุณสามารถบันทึกปัญหาลงในคู่มือเพื่อที่คุณจะได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในระหว่างการตรวจร่างกาย คำแนะนำด้านสุขศึกษาสามารถใช้ร่วมกับการตรวจก่อนคลอดระหว่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้งได้ตามความต้องการด้านสุขภาพโดยทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละระยะ (โปรดสแกนเนื้อหา QRcode ของการตรวจในแต่ละครั้งในหน้า 4~6) กรุณาอ่านโน้ตและอ่านก่อน หากมีปัญหาใดๆสามารถไปที่สถานที่ตรวจสุขภาพ สอบถามเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ หลังจากประเมินสภาพของคุณแล้ว เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะอธิบายและแนะนำคุณตามความต้องการของคุณ

เนื้อหาของคู่มือนี้ได้รับการพัฒนาาร่วมกันโดยสำนักงานบริหารสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาใต้หวัน สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดใต้หวัน สมาคมการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใต้หวัน สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ใต้หวัน สมาคมพยาบาลใต้หวัน สมาคมผดุงครรภ์ใต้หวันและสมาคมนักโภชนาการแห่งชาติสาธารณรัฐจีน

เมื่อช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ได้รับการยืนยันฉันเชื่อว่าในขณะที่พ่อและแม่จะมีความสุขความตึงเครียดและความกดดันภายในของพวกเขาก็จะตามมา นอกเหนือจากการสนับสนุนซึ่งกันและกันและการเรียนรู้ร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับพ่อแม่ที่คาดหวังการดูแลสุขภาพและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มืออาชีพ (แพทย์ / ผดุงครรภ์ / พยาบาล) ยังเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ตลอดกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด!

คำสำหรับสตรีมีครรภ์

เรียนคุณแม่ที่คาดหวังแสดงความยินดี! เรามีความสุขเช่นเดียวกับคุณและหวังว่าจะได้ทารกที่แข็งแรง ปลอดภัยสำคัญในกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่ราบรื่นคือการดูแลตนเองที่เหมาะสมของสตรีมีครรภ์นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพที่จัดเตรียมโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ดังนั้นเราจึงได้ออกแบบคู่มือสุขภาพมารดาและคู่มือสุขภาพสำหรับคุณโดยเฉพาะตามกำหนดการของการตรวจครรภ์เราได้จัดเตรียมแบบบันทึกการตรวจสุขภาพของผู้คลอดบุตร(บันทึกการดูแลสุขภาพ) และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพของตนเองเพื่อช่วยให้คุณและครอบครัวเข้าใจการดูแลและบันทึกประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

นอกจากนี้คู่มือเล่มนี้ยังให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่คุณต้องรู้ในระหว่างตั้งครรภ์ฉันหวังว่าคุณจะอ่านได้อย่างละเอียด ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มืออาชีพและคำแนะนำทางการแพทย์การตั้งครรภ์จะง่ายขึ้นและสนุกสนานมากขึ้น!



คำสำหรับพ่อที่จะเป็น

อายุครรภ์ของมนุษย์นานถึง 10 เดือนตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์เมื่อจำนวนสัปดาห์ของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นภาระทางร่างกายและจิตใจจะมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดดังนั้นการดูแลและเอาใจใส่ของพ่อและครอบครัวจึงมีความจำเป็นอย่างมาก ในช่วงเวลานี้หากพ่อที่คาดหวังมีเวลาและโอกาสเพียงพอที่จะค้นหาทักษะการเลี้ยงดูด้วยวิธีการต่างๆนั้นเชื่อว่าประสบการณ์ในการต้อนรับชีวิตใหม่จะเป็นสิ่งที่ยากจะลืมเลือนตลอดไป

I. แสดงความเอาใจใส่ด้วยการปฏิบัติจริง

ตัวอย่างเช่นมารดาที่มีครรภ์พร้อมไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพเข้าร่วมหลักสูตรการศึกษาก่อนคลอดและการออกกำลังกายก่อนคลอดร่วมกันรับฟังอย่างตั้งใจและแบ่งปันความสุขและความกังวลของสตรีมีครรภ์ พฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงพอ แต่ให้การสนับสนุนโดยตรงที่สุดในระหว่างการตั้งครรภ์ของแม่ – แม่ แต่พ่อยังสามารถเข้าใจการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาและสร้างรากฐานที่ดีสำหรับความสัมพันธ์พ่อแม่อีก

III. มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการเรียนรู้การให้อาหารทารกก่อนคลอด

การสนับสนุนของพ่อ-แม่และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจว่าจะเลี้ยงลูกอย่างไรเหนือหาที่ต้องเรียนรู้ก่อนคลอด ได้แก่ (1) ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง (2) มีส่วนร่วมในทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่(3) วิธีต่างๆในการจัดการกับปัญหานมแม่ ตั้งแต่ระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์จนถึงการเตรียมคลอดขอแนะนำให้บิดาและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการอภิปรายล่วงหน้าเพื่อกำหนดสถานที่คลอด ดเข้าไปศึกษาสถานการณ์การคลอดเข้าใจกระบวนการผลิตและเรียนรู้วิธีช่วยบรรเทาความไม่สบายของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และผู้ที่คลอด (แพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์) และสตรีมีครรภ์เพื่อหารือและตัดสินใจเลือกโหมดการผลิต

III. จัดสถานที่สำหรับการคลอด

ตั้งแต่ระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์จนถึงระยะเตรียมคลอด แนะนำให้บิดาและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือล่วงหน้า เพื่อกำหนดสถานที่คลอด ทำความเข้าใจสถานการณ์การคลอด กระบวนการคลอด เรียนรู้วิธีช่วยบรรเทาความไม่สบายของมารดา ปรึกษาหารือและตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดกับผู้ทำคลอด(แพทย์/พยาบาลผดุงครรภ์)และมารดา

IV. มีส่วนร่วมในการศึกษาการคลอดบุตรกับภรรยาของคุณ (แม่จะเป็น)

กระบวนการผลิตนั้นเต็มไปด้วยอารมณ์ของความรู้สึกไม่สบายใจความคาดหวังและความกลัวการที่พ่อแม่ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาการคลอดบุตรด้วยกันก่อนคลอดเป็นวิธีที่ดีในการบรรเทาความกลัวการคลอดบุตรพร้อมกับแม่สามารถเป็นผู้สนับสนุนที่ดีในการเป็นเพื่อนกันอย่างต่อเนื่องและพ่อต้องมีส่วนร่วมในหลักสูตรการผลิตและการศึกษา

V. ทำเล่นเป็นพ่อที่มีความสามารถ

หลังจากเข้าสู่ขั้นตอนแห่งความคาดหวังบทบาทความเป็นพ่อของพ่อจะมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในเวลานี้คุณแม่ที่มีครรภ์ควรได้รับคำแนะนำให้ผ่อนคลายบุตรประคบร้อนและเย็นทำความสะอาดร่างกายเปลี่ยนท่าทาง (เช่นยืนเดินนั่งตัวตรงนอนตะแคงลุกเข้านั่งพับเพียบ ... ฯลฯ) จัดหาอาหารและอาหารและช่วยสตรีมีครรภ์กับสภาวะในห้องน้ำทุกสองชั่วโมงในบางครั้งมารดาที่มีครรภ์จะมีความวิตกกังวลวิตกกังวลกลัวสูญเสียการควบคุมหรือร้องไห้ในขณะที่คาดหวังว่าจะคลอดบุตรในเวลาในการรับการสนับสนุนและการให้กำลังใจทางวาจาของพ่อเป็นสิ่งสำคัญมาก เมื่อมาถึงขั้นตอนที่สองของการเจ็บครรภ์ให้ไปกับแม่เพื่อออกแรงและกำลังใจที่ถูกต้อง หลังจากนั้นการสัมผัสผิวหนึ่งสู่วางหนึ่งและการให้นมบุตรในระยะเริ่มแรกของทารกแรกเกิดจะส่งผลดีต่อทั้งครอบครัว

VI. ร่วมเป็นพลังในการเลี้ยงดูครอบครัว

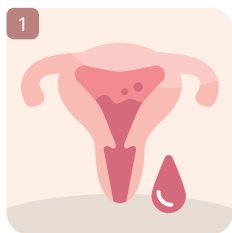
พ่อสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลทารกและสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับทารกได้ง่ายขึ้นด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับทารกแรกเกิดมั่นคงเป็นความรู้สึกพึงพอใจและความสำเร็จที่อธิบายไม่ได้สำหรับพ่อในฐานะพ่อ ฉันมั่นใจในหน้าที่ของพ่อมากขึ้น

ในช่วงหลังคลอดคุณพ่อสามารถสังเกตจังหวะการให้นมได้อย่างกระตือรือร้นช่วยนวดหลังของแม่เพื่อผ่อนคลายและเพิ่มการหลั่งของน้ำนมก่อนให้นมลูกช่วยในการปรับท่าทางการให้นมของแม่ประสานการแทรกแซงของผู้สูงอายุในวิธีการให้นมและแบ่งปันงานบ้าน เมื่อทารกร้องไห้อย่างอธิบายไม่ถูกพวกเขาสามารถริเริ่มที่จะเข้าใจสาเหตุของการร้องไห้ปลอบลูกน้อยเปลี่ยนผ้าอ้อม ฯลฯ ในขณะที่เดียวกันเราควรดูแลลูกที่โตขึ้นเพื่อให้คุณแม่มีเวลาพักผ่อน สัญญาณอันตรายที่ควรระวังเมื่อไฟสีแดงติด

สัญญาณอันตราย ที่ควรระวังเมื่อไฟ สีเหลืองติด



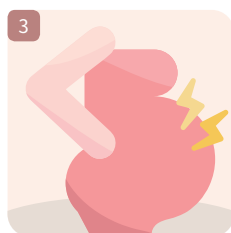
หากมีภาวะต่อไปนี้เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์โปรดรีบไปพบแพทย์ทันที!



เลือดออกทางช่องคลอด
(โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ)



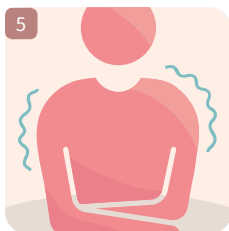
ปวดศีรษะอย่างต่อเนื่อง
หรือรุนแรง



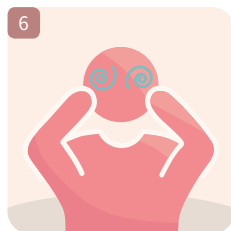
ปวดท้องอย่างต่อเนื่อง
หรือรุนแรง



คลื่นไส้และอาเจียนอย่างต่อเนื่อง
หรือรุนแรง



หน้าส้นและมีไข้ทันที



มองเห็นภาพซ้อน



ใบหน้าและมือบวม



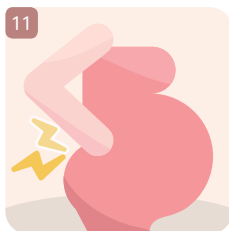
ที่สำคัญคือปัสสาวะออกน้อยลงหรือมี
การปวดหรือแสบร้อนเมื่อปัสสาวะ



การเคลื่อนไหวของทารก
ในครรภ์หยุดลงหรืออ่อนลง



มีน้ำไหลออกจากช่อง
คลอดอย่างไม่หยุด
(สงสัยว่าน้ำคร่ำแตก)



ตกขาวเป็นน้ำปวดหล
้งบ่อยๆและหน้าท้องแข็ง

หนังสือสุขภาพ สำหรับสตรีมีครรภ์



5 สิ่งที่คุณควรและไม่ควรทำในช่วงตั้งครรภ์

YES

- ✓ ควรตรวจร่างกายก่อนคลอดให้ตรงเวลา
- ✓ ควรรู้ถึงสัญญาณการคลอดก่อนกำหนด
- ✓ ควรดูแลสุขภาพครรภ์ให้ดี
- ✓ ควรรู้เมื่อครรภ์เป็นพิษ
- ✓ ควรรับรู้ถึงอาการร้ายที่กำลังจะมาถึง

NO

- X ห้ามสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์
- X ห้ามดื่มเครื่องดื่มสอง
- X ห้ามใช้สารเสพติด
- X ห้ามใช้ยาปฏิชีวนะ
- X ห้ามผ่าคลอดก่อนกำหนด

สารบัญ

ตารางการตรวจสอบทั่วไป

กำหนดการชำระเงินและรายการบริการตรวจครร	
หึ่งตั้งครรก่อนคลอด	02
แบบบันทึกการตรวจก่อนคลอด	04
ประวัติการตั้งครรที่ผ่านมาของณ	07
สรุปบันทึกการตรวจสอบ	08

บันทึกอัลตราโซนิก

บันทึกการตรวจอัลตราโซนิกทางสูติศาสตร์	12
คำแนะนำสำหรับการคัดกรองอัลตราโซนิก	15

แนวสขศึกษา

แผนบันทึกคำแนะนำการดูแลสขภาพก่อนคลอดของหึ่งตั้งครรครั้งที่ 1	16
แบบบันทึกคำแนะนำการดูแลสขภาพก่อนคลอดของหึ่งตั้งครรครั้งที่ 2	34

บันทึกการตรวจสอบ

บันทึกการตรวจสอบตนเองของการตรวจสอบเบื้องต้น	20	การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 8	40
บันทึกการตรวจสอบเบื้องต้น	22	การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 9	42
บันทึกการตรวจสอบและตรวจสอบการคลอดด้วยตนเอง		การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 10	44
ครั้งที่สอง	24	การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 11	46
บันทึกการตรวจสอบและตรวจสอบตนเองครั้งที่ 3		การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 12	48
ของการตรวจสอบ	26	การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 13	50
การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบด้วยตนเองครั้งที่		การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 14	52
4 ของการตรวจสอบ	28		
บันทึกการตรวจสอบและตรวจสอบการเกิดด้วยตนเองครั้งที่			
ห้า	30		
การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 6	32		
การตรวจสอบและบันทึกการตรวจสอบครั้งที่ 7	38		

ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนการผลิต	58
บันทึกการผลิต	60
การกระตุ้นการปลดปล่อย	60
เข้าใจผลเสียของบุรี	61
แบบบันทึกการตรวจติดตามไวรัสตับอักเสบบีสำหรับหึ่งตั้งครร	63

กำหนดการชำระ เงินและรายการ บริการตรวจครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ก่อน คลอด



กำหนดการชำระเงิน		จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	รายการบริการ
ครั้งที่ 1	ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (ต่ำกว่า 13 สัปดาห์)	สัปดาห์ที่ 8	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. สัญญาณการแท้งบุตร การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและคำแนะนำด้านสุขภาพทางโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ 3. การตรวจอัลตราซาวด์ครั้งที่ 1 (แนะนำให้ตรวจใน 8-16 สัปดาห์ประเมินจำนวนทารกในครรภ์ การเต้นของหัวใจทารกวัดขนาดทารกตำแหน่งครรภ์และวันครบกำหนดคลอด)
ครั้งที่ 2		สัปดาห์ที่ 12	1. หลังจากสัปดาห์ที่ 8 ของการตั้งครรภ์หรือการตรวจครั้งที่ 2 จะต้องมีการตรวจดังต่อไปนี้: (1) การสอบถาม: การสอบถามเกี่ยวกับประวัติโรคในครอบครัวประวัติโรคในอดีต การตั้งครรภ์ในอดีตและประวัติการคลอดบุตรอาการไม่สบายของทารกในครรภ์และพฤติกรรมกรมการเสพติด (2) การตรวจร่างกาย: นำหนักส่วนสูงความดันโลหิตให้รอยย่นเต้านมการตรวจอวัยวะการตรวจตรวจหน้าอกและช่องท้อง (3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: กาวีตรของเลือด (WBC, RBC, Plt, Hct, Hb, MCV), กรุ๊ปเลือด, บ้างจ้ย RH, VDRL หรือ RPR (การทดสอบซีพีฟัส), RubellaIgG และ HBsAg, HBeAg (เนื่องจากสถานการณ์พิเศษไม่สามารถใช้ในครั้งนี้ได้) ผู้ที่ได้รับการตรวจสามารถ "การตรวจ" ได้ในระหว่างการตรวจก่อนคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 8) การตรวจเอชไอวี (แนะนำให้ใช้การทดสอบคอรีโพลีแซคแอนติเจน/แอนติบอดี) และกาวีตรปัสสาวะ (ไม่ 2)
ครั้งที่ 3		สัปดาห์ที่ 16	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. คำแนะนำการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพ.
ครั้งที่ 4		สัปดาห์ที่ 20	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. การตรวจอัลตราซาวด์ครั้งที่ 2 (แนะนำให้ตรวจก่อน 20 สัปดาห์: ประเมินจำนวนทารกในครรภ์ การเต้นของหัวใจทารก วัดขนาดทารกตำแหน่งครรภ์และปริมาณน้ำคร่ำ) 3. คำแนะนำการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพ.

กำหนดการชำระเงิน		จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	รายการบริการ
ครั้งที่ 5	ไตรมาสที่สอง (13-29 สัปดาห์)	สัปดาห์ที่ 24	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. สัญญาณการคลอดก่อนกำหนดและคำแนะนำด้านโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: กิจวัตรของเลือด (WBC, RBC, Plt, Hct, Hb,MCV) และการตรวจโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์(หมายเหตุ2)
ครั้งที่ 6		สัปดาห์ที่ 28	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 7	ไตรมาสที่สาม (มากกว่า 29 สัปดาห์)	สัปดาห์ที่ 30	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 8		สัปดาห์ที่ 32	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. ให้ประมาณ 32 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น VDRL หรือ RPR (การทดสอบซีพีจีเอส) 3. สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีขอแนะนำให้ทำการตรวจเอชไอวีเพิ่มเติม(แนะนำให้ใช้การทดสอบคอมโพสิตแอนติเจน/แอนติบอดี) 4.การตรวจอัลตราซาวด์ครั้งที่ 3(แนะนำให้ตรวจหลัง 32 สัปดาห์:ประเมินการเริ่มต้นของหัวใจทารก วัดขนาดทารก ตำแหน่งครีทซ์ ตำแหน่งรกและปริมาณน้ำคร่ำ)
ครั้งที่ 9		สัปดาห์ที่ 34	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 10		สัปดาห์ที่ 36	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1) 2. เสนอแนะสำหรับการตรวจคัดกรองเบต้า- สเตรปโตคอคคัสในหญิงตั้งครรภ์ (หมายเหตุสาม)
ครั้งที่ 11		สัปดาห์ที่ 37	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 12		สัปดาห์ที่ 38	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 13		สัปดาห์ที่ 39	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)
ครั้งที่ 14		สัปดาห์ที่ 40	1. รายการตรวจสอบตามปกติ (หมายเหตุ 1)

※ สตรีมีครรภ์ที่ตรวจครรภ์ก่อนคลอดมากกว่า 14 ครั้งและตรวจอัลตราซาวด์มากกว่า 3 ครั้งสามารถตรวจได้โดยออกค่าใช้จ่ายเองหากความต้องการทางการแพทย์ได้รับการยืนยันจากแพทย์จะต้องชำระค่าประกันสุขภาพ

※ ถ้าอายุครรภ์เกิน 40 สัปดาห์ และยังคงตรวจคัดกรองแต่ไม่ตรวจตามสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ องค์การบริหารจัดการการแพทย์ตรวจโรคเหตุผลส่งผ่านและสมัครบริการสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเพื่อขรมินลดหน้การตรวจของโครงการ

หมายเหตุ 1: รายการตรวจสอบตามปกติ

- (1) แนวทางการให้คำปรึกษา: อาการไม่สบายของทารกในครรภ์เช่นเลือดออกปวดท้องปวดศีรษะตะคริวเป็นต้น
- (2) การตรวจร่างกาย: น้ำหนัก ความดันโลหิต เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ ตำแหน่งของทารกในครรภ์ อากา รบวมหน้าเส่นเลือดซอด เป็นต้น
- (3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: โปรตีนในปัสสาวะน้ำตาลในปัสสาวะ

หมายเหตุ 2: รายการประจำเลือด ได้แก่ เฮีโมโกลบิน (Hb) อัตราส่วนฮีมาโตคริต (Hct) เม็ดเลือดแดง (RBC) ปริมาณเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) เม็ดเลือดขาว (WBC) เก็ดเลือด (Plt) นอกจากนี้ ในส่วนของการตรวจคัดกรองHIV หากแพทย์ประเมินว่ามีความเสี่ยงของการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจคัดกรองHIVไม่ว่าจะอยู่ในช่วงระยะการตรวจครรภ์ที่เท่าไรก็ตาม

หมายเหตุ 3: การตรวจคัดกรองเบต้า - แนะนำให้ส่งผลตรวจ 1 ครั้งในระหว่างการตรวจก่อนคลอดในช่วงสัปดาห์ที่ 35-37:

ถ้ามีโอกาสดูดก่อนกำหนดจะต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ และไม่อยู่ในข้อกำหนด

หมายเหตุ 4: สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเช่นสถานที่ฉีดวัคซีนโปรโตโรสายด่วนการฉีดวัคซีนของแต่ละเขตและเมือง

แบบบันทึกการตรวจก่อนคลอด

40(5A) การตรวจครั้งที่ 1		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 1 (ต่ำกว่า 13 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 8	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

41(5B) การตรวจครั้งที่ 2		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 1 (ต่ำกว่า 13 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 12	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

42(5C) การตรวจครั้งที่ 3		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 2 (13~29 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 16	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

43(5D) การตรวจครั้งที่ 4		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 2 (13~29 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 20	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

44(5E) การตรวจครั้งที่ 5		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 2 (13~29 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 24	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

45(5F) การตรวจครั้งที่ 6		
กำหนดการ รชำระเงิน	ไตรมาสแรกที 2 (13~29 สัปดาห์)	
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 28	
ตรวจสอบสถาบัน _____ ลายเซ็นของ _____ วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี		

46(5G)

การตรวจครั้งที่ 7

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 30

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

47(5H)

การตรวจครั้งที่ 8

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 32

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

48(5I)

การตรวจครั้งที่ 9

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 34

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

49(5J)

การตรวจครั้งที่ 10

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 36

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

50(5K)

การตรวจครั้งที่ 11

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 37

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

51(5L)

การตรวจครั้งที่ 12

กำหนดการ
รชำระเงินไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 38

ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

52(5M)

การตรวจครั้งที่ 13

กำหนดการ
รชำระเงิน

ไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)

จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 39



ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

53(5N)

การตรวจครั้งที่ 14

กำหนดการ
รชำระเงิน

ไตรมาสที่ 3
(มากกว่า 29 สัปดาห์)

จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 40



ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

54

การตรวจครั้งอื่นๆ

จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 40 ขึ้นไป



ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

54

การตรวจครั้งอื่นๆ

จำนวนสัปดาห์
ที่แนะนำ

สัปดาห์ที่ 40 ขึ้นไป



ตรวจสอบสถาบัน _____

ลายเซ็นของ _____

วันที่ตรวจสอบปี _____ เดือน _____ วัน _____ ปี

หมายเหตุ: หากคุณต้องการทราบข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องของการตรวจสอบสุขภาพแต่ละครั้งโปรดสแกน QRcodeของการตรวจด้วยอุปกรณ์พกพา

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ	โรงพยาบาล ที่ตรวจ
☐ 60 : การตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ 1 (6A)		
☐ 61 : การตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ 2 (6B)		
☐ 62 : การตรวจอัลตราซาวด์ ครั้งที่ 3 (6C)		

รายการตรวจ	วันที่ตรวจ	โรงพยาบาล ที่ตรวจ
☐ 55 : การทดสอบภาวะโลหิตจาง (6D)		
☐ 56 : การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (6E)		
☐ 66 : การตรวจคัดกรองเชื้อสเตรปโตคอกคัสก่อนคลอด (67)		

หมายเหตุ(รหัสคำสังแพทย์สถานประกอบการแพทย์(การผดุงครรภ์)

ประวัติการตั้งครรภ์และการ
คลอดบุตรที่ผ่านมาของฉันท

※บันทึกการตรวจและปรึกษาก่อนคลอดครั้งแรกโปรดกรอกข้อมูลก่อนการตรวจครรภ์

สถานการณ การตั้งครรภ์		จำนวนกา รตั้งครรภ์	ครั้งแรก	ครั้งที่สอง	ครั้งที่สาม	ครั้งที่สี่
วันที่ยุติการตั้งครรภ์ (ปี / เดือน / วัน)						
๒.สุขภาพ	จำนวนสัปดาห์ที่มีชีวิตอยู่					
	๒.๑.สุขภาพ	คลอดตามธรรมชาติ				
		ดูดสุญญากาศ				
		คีม				
		ผ่าคลอด				
		เพศ				
	น้ำหนักแรกเกิด(g)					
	๒.๒.ภาวะ แทรกซ้อน	มีชีวิต				
		เสียชีวิต(อายุ สัปดาห์)				
ความผิดปกติของทารกในครรภ์						
๓.แท้ง	แท้งโดยธรรมชาติ					
	ทำแท้ง					
๔.สุขภาพ	จำนวนสัปดาห์					
	วิธีการคลอด					

หมายเหตุ: หากจำนวนทารกในครรภ์มากกว่าสี่ตัวโปรดเพิ่มระเบียบด้วยตัวคุณเอง

สรุปบันทึกการตรวจสอบ



ข้อมูลพื้นฐาน

ความเท่าเทียมกัน		ความสูง	ชม
วันครบกำหนด	วัน/เดือน/ปี	น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์	กิโลกรัม
วันที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วัน/เดือน/ปี	ค่า BMI น้ำหนัก (กก.) / สูง ² (ตร.ม.)	

บันทึกการตรวจสอบโครงการประจำ

โครงการ	ผลลัพธ์		โครงการ	ผลลัพธ์
ปัจจัย Rh	+ ☐ - ☐		แอนติเจนที่ผิวของไวรัสตับอักเสบบี	+ ☐ - ☐
กรุ๊ปเลือด	☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB		แอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบี	+ ☐ - ☐
เม็ดเลือดขาว (WBC)	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ซีฟิลิสปฏิกิริยาทางเซรัมวิทยาเป็นครั้งแรก (VDRL หรือ RPR)	+ ☐ - ☐
	x10 ³ /uL	x10 ³ /uL		
เม็ดเลือดแดง (RBC)	x10 ⁶ /uL	x10 ⁶ /uL	ปฏิกิริยาซีฟิลิสเซรัมครั้งที่สอง (VDRL หรือ RPR)	+ ☐ - ☐
เกล็ดเลือด (Plt)	x10 ³ /uL	x10 ³ /uL	การตอบสนองของแอนติบอดีหัดเยอรมัน	+ ☐ - ☐
ฮีมาโตคริต (Hct)	%	%	การทดสอบเบต้า Streptococcus	+ ☐ - ☐
ปริมาณเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV)	fL	fL	การตรวจกระดูกเชิงกราน	
เฮโม (Hb)	g/dL	g/dL	อื่น ๆ _____	
	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ		
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	GLU AC : _____ mg/dL		อื่น ๆ _____	
	GLU 1hr : _____ mg/dL			
	GLU 2hr : _____ mg/dL			
	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ			

※ข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการประเมินของหน่วยงานสาธารณสุขหรือการจัดการสุขภาพการติดตามเป็นกรณี

- ※มารดาที่มีครรภ์ ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีที่มีแอนติเจนเป็นบวกทารกควรได้รับการฉีดอิมูโนโกลบูลินไวรัสตับอักเสบบีและวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีโดยเร็วที่สุดหลังคลอดยิ่งเร็วยิ่งดีไม่เกิน 24 ชั่วโมง ควรตรวจแอนติบอดีต่อตับอักเสบบี (Hepatitis B surface antigen หรือ HBsAg) และแอนติบอดีต่อตับอักเสบบี (anti-HBs) เมื่อทารกได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 เข็มและอายุ 12 เดือนหากผลการตรวจเป็นไวรัสตับอักเสบบีแอนติเจนและแอนติบอดีที่พื้นผิวเป็นลบและสามารถเพิ่มวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีได้ฟรี
- ※หากสตรีมีครรภ์เป็นบวกต่อแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบีขอให้แพทย์ลงทะเบียนผลการตรวจการคลอดใน "แบบบันทึกการติดตามผลการตรวจติดตามโรคตับอักเสบบีขณะตั้งครรภ์ (หน้า 63)" ตรวจพบความเข้มข้นของไวรัสตับอักเสบบี $\geq 10^6$ IU / มิลลิลิตร สำหรับสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง สูงต่อการแพร่เชื้อจากมารดาสู่บุตรในแนวตั้งโปรดช่วยส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการย่อยอาหารเพื่อประเมินผลและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดนอกจากนี้โปรดขอให้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หลังคลอด ดำเนินการตรวจสอบติดตามที่เกี่ยวข้อง
- ※หากผลการทดสอบแอนติบอดีของโรคหัดเยอรมันต่อมารดาที่มีครรภ์เป็นลบ (-) โปรดให้ความสนใจเป็นพิเศษในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อหัดเยอรมันเพื่อป้องกันทารกในครรภ์จากนี้คุณควรแสดงใบรับรองการทดสอบแอนติบอดีของโรคหัดเยอรมันที่เป็นลบโดยเร็วที่สุดหลังจากนำส่งไปที่สถานอนามัย หรือคลินิกโรงพยาบาลสัญญาณวัดวัคซีนรับวัคซีนผสมหัดคางทูมหัดเยอรมัน(MMR) 1 เข็ม (ควรหลีกเลี่ยงตั้งครรภ์ภายใน 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน แต่การตั้งครรภ์ที่พบภายใน 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีนไม่ควรถือเป็นข้อบ่งชี้ในการแท้งหรือการตั้งครรภ์)
- ※สำหรับผู้ที่ เป็นบวกต่อซีฟิลิสในสตรีมีครรภ์โปรดขอให้แพทย์ช่วยตรวจยืนยันหากการติดเชื้อได้รับการยืนยันสตรีมีครรภ์ควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้ทารกแรกเกิดติดเชื้อซีฟิลิส แต่กำเนิด
- ※ผู้ที่ไปหามารดาที่มีครรภ์เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเชิงบวกขอให้ได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดและได้รับมาตรการป้องกันและสนับสนุนการดูแลทางการแพทย์ในระหว่างขั้นตอนการคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้ทารกแรกเกิดติดเชื้อเอชไอวี
- ※ผู้ที่ไปหามารดาที่มีครรภ์เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเชิงบวกขอให้ได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดและในการตรวจเลือดเป็นประจำของสตรีมีครรภ์ หากพบภาวะโลหิตจาง ควรตรวจเพิ่มเติม และหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางเพื่อลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักของทารกในครรภ์น้อยเกินหากสตรีมีครรภ์มีภาวะโลหิตจางที่มีเม็ดเลือดแดงเล็ก (MCV < 80fl) สามเษมควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางที่มีเม็ดเลือดแดงเล็กเพื่อประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของธาลัสซีเมียของทารกในครรภ์
- ※ในการตรวจเลือดเป็นประจำ สตรีมีครรภ์ที่พบว่ามีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Plt < 150×10^3 /uL) ส่วนใหญ่เป็นภาวะเกล็ดเลือดต่ำชั่วคราวที่เกิดจากการตั้งครรภ์และบางส่วนอาจเกิดจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ยา การติดเชื้อไวรัส การตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ฯลฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Plt $100 \sim 149 \times 10^3$ /uL) และผู้ป่วยที่ไม่มีการไม่ต้องเข้ารับการรักษา แต่แนะนำให้ติดตามผลเป็นประจำ สตรีมีครรภ์ควรไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุดหากมีอาการต่างๆ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด เหงือกมีเลือดออกง่าย และรอยฟกช้ำที่ผิวหนัง
- ※หากสตรีมีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก็จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดทารกยักษ์การคลอดไหล่ยากหรือภาวะติดไหล่ คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ และเบาหวานเรื้อรัง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หรือการใช้ยาสามารถช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารควรต่ำกว่า 95มก./ดล. หลังอาหาร2ชั่วโมงน้ำตาลในเลือดควรต่ำกว่า 120 มก./ดล. ซึ่งจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

กำหนดการตรวจสอบ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6
จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	สัปดาห์ที่ 16	สัปดาห์ที่ 20	สัปดาห์ที่ 24	สัปดาห์ที่ 28
ตรวจสอบวันที่						
สัปดาห์การตั้งครรภ์						
น้ำหนัก (กิโลกรัม)						
ความดันโลหิต (mmHg)						
เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (เต้น / นาที) ※ บันทึกภายใน 2 เดือนของการตั้งครรภ์						
น้ำตาลในปัสสาวะ						
โปรตีนในปัสสาวะ						
อาการบวมหน้า						
เส้นเลือดขอด						
หมายเหตุ: หากคุณมีการบาดเจ็บที่ไม่ รุนแรงหรือสงสัยว่ามีความ รุนแรงในครรภ์ควรไป รูดรายงานการบาดเจ็บดัง กล่าวตามที่กำหนดและกร อกแบบฟอร์มการประเมิน ความเสี่ยงความสัมพันธ์ ระหว่างความสัมพันธ์ใกล้ชิด ของได้ทุกวัน	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์	☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์หรือแจ้งเรื่อง ☐ งดติดต่อ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์ ☐ ปรึกษาแพทย์
วันตรวจสุขภาพครั้งต่อไป						

[illegible]

บันทึกการตรวจอัลตราโซนิกทางสูติศาสตร์ครั้งที่ 1
(แนะนำให้ตรวจใน 8-16 สัปดาห์)

ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ หมายเลขทะเบียน _____ สัปดาห์ตั้งครรภ์ _____
วันครบกำหนดคลอด ปี _____ เดือน _____ วัน _____ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ปี _____ เดือน _____ วัน _____

วางรูปภาพ

'รายงานการคัดกรอง':

ทารกในครรภ์ ☐ ทารกคนเดียว ☐ ทารกแฝดสอง ☐ ทารก _____ คน
การเต้นของหัวใจทารก ☐ มี ☐ ไม่มี
ตำแหน่งครรภ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

ความยาวหัวของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
เส้นผ่านศูนย์กลางข้อมุมหัวของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์

วันครบกำหนดคลอด _____
ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ต้องตรวจเพิ่มเติม

ผู้รายงาน _____ วันที่ตรวจ ปี _____ สาธารณรัฐประชาชนจีน _____ ปี _____ เดือน _____ วัน _____

บันทึกการตรวจอัลตราโซนิกทางสูติศาสตร์ครั้งที่ 2

(แนะนำให้ตรวจประมาณ 20 สัปดาห์)

ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ หมายเลขทะเบียน _____ สัปดาห์ตั้งครรภ์ _____
วันครบกำหนดคลอด ปี _____ เดือน _____ วัน _____ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ปี _____ เดือน _____ วัน _____

วางรูปภาพ

'รายงานการคัดกรอง':

ทารกในครรภ์ ☐ ทารกคนเดียว ☐ ทารกแฝดสอง ☐ ทารก _____ คน
การเต้นของหัวใจทารก ☐ มี ☐ ไม่มี
ตำแหน่งของรก ☐ ผนังด้านหน้า ☐ ผนังด้านหลัง ☐ รกเกาะ previa ☐ รกต่ำ

เส้นผ่านศูนย์กลางขั้วขมับหัวของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
รอบสัปดาห์ของอันตราโซนิก _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
ความยาวโคนขาของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
น้ำหนักโดยประมาณเป็นกรัม _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิกหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์

ปริมาณน้ำคร่ำ ☐ ปกติ ☐ มากเกิน ☐ น้อยเกิน
ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ต้องตรวจเพิ่มเติม

ผู้รายงาน _____ วันที่ตรวจ ปี _____ สาธารณรัฐประชาชนจีน _____ ปี _____ เดือน _____ วัน _____

บันทึกการตรวจอัลตราโซนิคทางสูติศาสตร์ครั้งที่ 3
(แนะนำให้ตรวจหลัง32สัปดาห์)

ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ หมายเลขทะเบียน _____ สัปดาห์ตั้งครรภ์ _____
วันครบกำหนดคลอด ปี _____ เดือน _____ วัน _____ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ปี _____ เดือน _____ วัน _____

วางรูปภาพ

'รายงานการคัดกรอง':

ทารกในครรภ์ ☐ ทารกคนเดียว ☐ ทารกแฝดสอง ☐ ทารก _____ คน
การเต้นของหัวใจทารก ☐ มี ☐ ไม่มี
ตำแหน่งครรภ์ ☐ ตำแหน่งหัว ☐ ผิดปกติ
ตำแหน่งของรก ☐ ผ่น้ำด้านหน้า ☐ ผ่น้ำด้านหลัง ☐ รกเกาะ previa ☐ รกต่ำ

เส้นผ่านศูนย์กลางข้งขมหัวของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิคหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
รอบสัปดาห์ของอันตราโซนิค _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิคหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
ความยาวโคนขาของทารกในครรภ์ _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิคหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์
น้ำหนักโดยประมาณเป็นกรัม _____ ซม. วงจรอัลตราโซนิคหมายเลขหนึ่ง _____ สัปดาห์

ปริมาณน้ำคร่ำ ☐ ปกติ ☐ มากเกิน ☐ น้อยเกิน

ผลการตรวจ ☐ ปกติ ☐ ต้องตรวจเพิ่มเติม

ผู้รายงาน _____ วันที่ตรวจ ปีสาธารณสุขประชาชนจีน _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

คำแนะนำสำหรับการคัดกรองอัลตราโซนิค

เป้าหมาย

การตรวจอัลตราซาวด์ก่อนคลอดเป็นการตรวจแบบไม่รุกรานซึ่งใช้อุปกรณ์อัลตราซาวด์เพื่อตรวจสอบการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์และวัดศีรษะของทารกในครรภ์และเส้นผ่านศูนย์กลางช่วงขม่อมสองเท่าเส้นรอบวงท้องและความยาวโคนขาและการวัดการเจริญเติบโตอื่น ๆ เพื่อทำความเข้าใจสภาพของทารกในครรภ์และการประเมินการเจริญเติบโตและตรวจหาตำแหน่งของรกและปริมาณน้ำคร่ำ แนะนำให้ตรวจอัลตราซาวด์อย่างน้อย 3 ครั้ง ตลอดกระบวนการตรวจทางสูติกรรมครั้งแรกอยู่ระหว่าง 8-16 สัปดาห์ ครั้งที่สองประมาณ 20 สัปดาห์ และครั้งที่สาม 32 สัปดาห์ก่อนคลอด ผู้ที่มีสถานการณ์พิเศษตามแพทย์ประเมิน สามารถสังเกตและติดตามอาการเพิ่มเติม

ผลการตรวจ

การตรวจอัลตราโซนิคถูก จำกัด ด้วยความละเอียดของเครื่องมือและข้อ จำกัด ของหลายปัจจัยได้แก่ อัลตราซาวด์ "ไม่สามารถเจาะกระดูกได้เนื้อเยื่อไขมันของหญิงตั้งครรภ์หนาเกินไปและทารกในครรภ์นอนอยู่บนท้องหากมีน้ำคร่ำมากเกินไปภพจะเสียไปเนื่องจากระยะของทารกในครรภ์ ชัดเจน: หากมีน้ำคร่ำน้อยเกินไปขาดการนำสื่อกลางและแขนขาของทารกในครรภ์ทับซ้อนกันภาพจะบิดเบือนดังนั้นความแม่นยำของการตรวจอัลตราซาวด์จะถูก จำกัด เนื่องจากเงื่อนไขการสแกน

ผลการทดสอบ

อัลตราซาวด์ทางสูติรีเวชเป็นวิธีการตรวจคัดกรองไม่ใช่การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายตามมาตรฐานทางการแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้ทั้งหมดโดยการตรวจอัลตราซาวด์ รายงานประกอบด้วยรายการต่อไปนี้:

- 1. ความยาวของทารก (CRL):** ความยาวจากยอดศีรษะถึงส่วนล่างสุดของสะโพกทารกโดยทั่วไปต้องหาวาระนาบของทารกวัดระยะทางตั้งแต่ยอดหัวจนถึงก้น จะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดสำหรับการวัดสัปดาห์ของทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกและเป็นมาตรฐานในการประเมินว่าจะต้องแก้ไขวันครบกำหนดการคลอดหรือไม่
- 2. เส้นผ่านศูนย์กลางช่วงขม่อมหัว (BPD):** วัดเส้นผ่านศูนย์กลางที่ใหญ่ที่สุดของด้านซ้ายและด้านขวาของกะโหลกศีรษะของทารกในครรภ์เป็นตัวบ่งชี้ขนาดของทารกในครรภ์และยังสามารถใช้ในการประมาณสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ของทารกในครรภ์ได้หากเส้นผ่านศูนย์กลางของกระดูกขม่อมคู่ไม่ตรงกับจำนวนสัปดาห์ก็อาจ จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคเพิ่มเติม รวมถึงการประเมินสัปดาห์ของการตั้งครรภ์หรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ
- 3. ความยาวโคนขา (FL):** การวัดความยาวของกระดูกต้นขาของทารกในครรภ์ซึ่งเหมือนกับเส้นผ่านศูนย์กลางของกระดูกช่วงขม่อมคู่สามารถใช้เพื่อประมาณขนาดของทารกในครรภ์จำนวนสัปดาห์และการพัฒนากระดูกของแขนขา
- 4. เส้นรอบวงท้อง (AC):** การวัดขนาดเส้นรอบวงท้องของทารกในครรภ์สามารถประเมินขนาดและการเติบโตของทารกในครรภ์ได้เส้นรอบวงท้องสามารถคำนวณร่วมกับการวัดอื่น ๆ เพื่อประมาณน้ำหนักของทารกในครรภ์ได้
- 5. ตำแหน่งของรก:** ทารกอยู่ใกล้หรือปิดทับปากมดลูกมากเกินไปแสดงว่าเป็นภาวะรกเกาะต่ำหรือรกเกาะต่ำซึ่งจะป้องกันไม่ให้ทารกในครรภ์เข้าสู่ช่องคลอดระหว่างคลอดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการตกเลือดก่อนคลอดและหลังคลอดและการผ่าตัดคลอด
- 6. การยืนยันการเกิดหลายครั้ง:** ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์พบได้บ่อยในการคลอดหลายครั้งการตรวจอัลตราซาวด์ของการตรวจการคลอดสามารถวัดสถานะการเจริญเติบโตของการคลอดหลายครั้งเพื่อเตรียมการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม
- 7. การประเมินปริมาณน้ำคร่ำ:** ปริมาณน้ำคร่ำเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือ dysplasia ส่วนที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคของทารกในครรภ์

1

แบบบันทึกคำแนะนำการดูแลสุขภาพก่อนคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์

หลังผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์และยืนยันการตั้งครรภ์น้อยกว่า 17 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์
ตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ _____ [บริการนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากการบริจาคสวัสดิการด้านสุขภาพยาสูบ]

ข้อมูลพื้นฐาน (ต้องกรอกโดยแม่ที่คาดหวัง)

ความสูง _____ ซม

น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ _____ กก

น้ำหนักปัจจุบัน _____ กก

เฮโมโกลบิน _____ g/dL

● ปัจจุบันมีสถานะเงินอุดหนุนสวัสดิการสังคมหรือไม่: (ปรนัย)

- ☐ 0. ไม่
- ☐ 1. เงินอุดหนุนสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
- ☐ 2. เงินอุดหนุนครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ☐ 3. เงินสงเคราะห์ครอบครัวกรณีพิเศษ
- ☐ 4. เบี้ยยังชีพเด็กและวัยรุ่น (โครงการ: _____ ; จำนวนคน: _____)
- ☐ 5. อื่น ๆ _____

● หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการดังต่อไปนี้:

- ☐ 1. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงาน
- ☐ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพิการ
- ☐ 3. อื่น ๆ _____

พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (ต้องกรอกโดยมารดาที่มีครรภ์)

1 ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่?

- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เป็นครั้งคราวหรือสังสรรค์เท่านั้น ☐ 2. สูบบุหรี่บ่อยหรือทุกวัน

2 คุณใส่ใจสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษห่างจากควันบุหรี่มือสองหรือไม่?

- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ใช่ปาก ☐ 2. ไม่มีควันบุหรี่มือสองในสภาพแวดล้อมโดยรอบ

3 คุณกำลังดื่มแอลกอฮอล์อยู่หรือไม่?

- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ดื่มเป็นครั้งคราวหรือเพื่อสังสรรค์เท่านั้น ☐ 2. ดื่มบ่อยๆ

4 เสียหามากไหม?

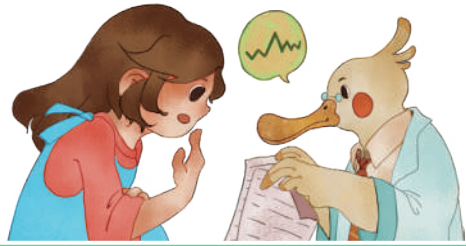
- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เสียเป็นครั้งคราวหรือเพื่อความบันเทิงเท่านั้น ☐ 2. เสียบ่อยๆ

5 ปัจจุบันคุณใช้ยาหรือมีการใช้ยาเสพติดหรือไม่?

- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ปากเป็นครั้งคราว ☐ 2. ใช้บ่อยแม้ทุกวัน

6 คุณมีอาการไอเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่?

- ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เป็นครั้งคราว ☐ 2. ไอนานกว่า 2 สัปดาห์



สุขภาพจิตใจ(ต้องกรอกโดยมารดาที่มีครรภ์)

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์:

ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามี ความหวังในอนาคตหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่

ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่

※หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณ ขอแนะนำให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ

ประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

● มีประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในอดีตหรือไม่?

☐ 0. ไม่

☐ 1. ใช่ (โปรดติ๊กด้านล่าง ☐)

- ☐ (1) การผ่าตัดมดลูกหรือซ่อมแซมเนื้องอกในมดลูก
- ☐ (2) การผ่าตัดหัวใจ
- ☐ (3) ความดันโลหิตสูง
- ☐ (4) เบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ☐ (5) คลอดก่อนกำหนด
- ☐ (6) ความผิดปกติ แท้งกำเนิด
- ☐ (7) การคลอดบุตรและการคลอดบุตร
- ☐ (8) ทารกแรกเกิดเสียชีวิตปาก
- ☐ (9) dystocia ช่องคลอด
- ☐ (10) ตกเลือดหลังคลอด
- ☐ (11) การติดเชื้อสเตรปโตคอกคัสก่อนอาหารในครรภ์ B ปาก
- ☐ (12) แท้ง
- ☐ (13) ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ (14) อื่น ๆ

※ หากคุณมีประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรข้างต้นโปรดไปที่โรงพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ หรือส่งต่อโรงพยาบาลฉุกเฉินระดับปานกลางหรือรุนแรง

※ สำหรับสาขาการประเมินตนเองโปรดทำเครื่องหมายในช่องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ช่วยสตรีมีครรภ์ตรวจก่อนคำแนะนำของสุขศึกษา

ชื่อผู้ศึกษา	โฟกัส	แม่เป็นคนที่ประเมินตนเอง		ประเด็นสำคัญของคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
		ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	
แนวทางการคลอดที่ปลอดภัยและทารกในครรภ์ (ฉบับแก้ไขปรับปรุงปีพ.ศ. ๒๕๖๕) ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาราม	ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	☐	☐	☐ ฉันรู้ว่าคุณควรพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์และอย่า ยกของหนัก หากมีสัญญาณของการแท้งบุตร (มีเลือดออกทางช่องคลอดป วดท้องน้อยมดลูกหดตัวต่อเนื่อง) ให้ไปพบแพทย์ทันที
		☐	☐	☐ รู้ข้อมูลสุขภาพประวัติโรคและประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และกา รคลอดบุตรในอนาคตหากแพทย์ทราบว่ามีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอ ดบุตร 1 ใน 14 รายโปรดเลือกไปที่โรงพยาบาลฉุกเฉินระดับปานกลางและ รุนแรงที่ใกล้ที่สุดเพื่อวินิจฉัยและรักษาหรือหว่านทั้ง
		☐	☐	☐ รู้วัตถุประสงค์ระยะเวลาและความสำคัญของการตรวจสุขภาพก่อนคลอดเป็นประจำ
	สารอันตราย	☐	☐	☐ ทราบถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ (รวมถึงควันบุหรี่มือสอง) ที่มีต่อสุขภาพมารดาและทารก (การแท้งการคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดต่ำ)
		☐	☐	☐ ทราบถึงอันตรายต่อสุขภาพของแอลกอฮอล์ต่อมารดาและทารก(การแท้งการคลอ ดก่อนกำหนดคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดต่ำระบบประสาทส่วนกลางผิดปกติ)
		☐	☐	☐ รู้ถึงอันตรายของหมากต่อสุขภาพของมารดาและทารก(แท้งคลอดก่อนก ำหนดคลอดตายน้ำหนักแรกคลอดต่ำ)
		☐	☐	☐ ทราบถึงอันตรายของยาที่มีต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ (โรคลมบ้าหมู น้ำหนักตัวน้อยปัญหาการหายใจและความตาย ฯลฯ) และแหล่งข้อมูลการร ักษาที่สามารถหาได้
		☐	☐	☐ สำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์สูบบุหรี่ในครรภ์นี้ให้ช่วยแนะนำคลินิกเลิกบุหรี่หรือสาย พิเศษการเลิกบุหรี่
	ขอข้อมูลทางพันธุกรรม	☐	☐	☐ หากคุณรู้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้รัฐบาลจะให้เงินอ ุดหนุนสำหรับการตรวจนำคร่าก่อนคลอด (1) อายุมากกว่า 34 ปี (2) เคยมีบุตรที่มีความผิดปกติ แต่กำเนิด (3) ผู้ที่มีโรคทางพันธุกรรมหรือคู่สมรส (4) ผู้ที่มีโรคทางพันธุกรรมในครอบครัวและความผิดปกติในการตรวจอัล ตราซาวนด์ระหว่างตั้งครรภ์นี้
		☐	☐	☐ ฉันรู้ว่าในระหว่างตั้งครรภ์หากไม่จำเป็นควรเลือกการเดินทางไปยังพื้นที่ท ี่การติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคประจำถิ่น
	การติดเชื้อไวรัสซิกา	☐	☐	☐ รู้วิธีป้องกันการติดเชื้อไวรัสซิกา
		☐	☐	☐ ทราบว่าหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสซิกาคว่าหาก ตรวจอัลตราซาวด์ของทารกในครรภ์ทุก 4 สัปดาห์เพื่อติดตามการเจริญ เติบโตของทารกในครรภ์
		☐	☐	

สัมผัสศึกษา	โฟกัส	แม่เป็นคนประเมินตนเอง		ประเด็นสำคัญของคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
		ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	
ความเท่าเทียมกันทางเพศ (กำหนดเพศหญิงเป็นเพศชายโดยปริยาย)	แรงกดดันของนายจ้างและครอบครัว	☐	☐	☐ เด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายก็เก่งเหมือนเด็กผู้ชายทุกคนล้วนเป็นสมบัติล้ำค่าตั้งแต่แรกเกิดความสำเร็จในอนาคตของเด็ก ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับเพศการรู้ว่าการตรวจคัดกรองเพศหรือการทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมายเนื่องจาก การเลือกเพศ
		☐	☐	
โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ (พิจารณาทั้งก่อนตั้งครรภ์ - กินเพื่อสุขภาพ)	อาหารเสริม	☐	☐	☐ ในเดือนแรกให้ทราบว่ามีการตั้งครรภ์จนถึงช่วงระยะการตั้งครรภ์ จะต้องได้รับกรดโฟลิก วิตามินดี และไอโอดีนอย่างเพียงพอ
		☐	☐	☐ ทราบว่าการเสริมแคลเซียมเป็นสิ่งสำคัญ และเสริมธาตุเหล็กผู้ที่ทานมังสวิรัตจะต้องเสริมวิตามิน บี12
		☐	☐	☐ รู้จักปรึกษาแพทย์ นักโภชนาการ และเลือกรับประทานอาหารเสริมอย่างเหมาะสม
	อาหารที่สมดุล	☐	☐	☐ เมื่อเริ่มมีอาการแพ้ท้องในระยะแรกของการตั้งครรภ์ควรทานอาหารหล แต่ละมีอยู่ในปริมาณน้อยรับประทานอาหาร6ประเภทที่มีคุณค่าสารอาหารสูงและหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปที่มีน้ำตาล นํ้ามัน และเกลือสูง

คุณต้องการให้เจ้าหน้าที่บริหารสุขภาพและสังคมไปเยี่ยมบ้านของคุณเพื่อรับการดูแลหรือไม่?

☐ เต็มใจ ☐ ไม่เต็มใจ

- เนื้อหาของแนวทางการให้ความรู้ด้านสุขภาพจัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ, ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค, สมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งไต้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์ทารกในครรภ์ของไต้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์การประกันเกิดของไต้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์ครอบครัวไต้หวัน สมาคมพยาบาลไต้หวันและสมาคมผดุงครรภ์แห่งไต้หวัน และได้รับการพัฒนาาร่วมกันโดยสหพันธ์สมาคมนักโภชนาการแห่งชาติแห่งสาธารณรัฐจีน
- คำแนะนำด้านสุขภาพสามารถใช้ร่วมกับการตรวจการตั้งครรภ์ครั้งที่1~3(สัปดาห์การตั้งครรภ์ที่8~17สัปดาห์) หน่วยงานโปรดดูการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีมีครรภ์ ข้อมูลในแบบฟอร์มนี้จะใช้สำหรับการประเมินนโยบายสุขภาพหรือการจัดการสุขภาพการติดตามกรณี
- หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปีและยังไม่ได้แต่งงานควรได้รับความยินยอมจากตนเองและตัวแทนทางกฎหมาย

ชื่อและรหัสสถาบันการแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์:

ลายเซ็นของแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์:

วันแ่หนา _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

ลายเซ็นของหญิงตั้งครรภ์:

※ หากคุณต้องการปรึกษาเรื่องการคลอดบุตรหลังจากกลับบ้านโปรดใช้:

(1) สายด่วนดูแลมารดาฟรีทั่วประเทศ 0800-870870

(2) เว็บไซต์การดูแลมารดา <http://mammy.hpa.gov.tw>

※ ผู้ที่ต้องการเลือกหรีสามารถโทรติดต่อสายด่วนฟรี 0800-636363

1

บันทึกการตรวจสอบตนเองของการตรวจสอบเบื้องต้น

ไตรมาสแรก: ตั้งครรภ์น้อยกว่า 13 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 8

หารายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- วันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน
- มารดามีครรภ์จัดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการระตุก ☐ อาการอื่นๆ _____

- ข้อมูลสุขภาพในอดีตของมารดามีครรภ์เป็นข้อมูลอ้างอิงที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัยของแพทย์โปรดกรอกข้อมูลโดยละเอียด หากคุณมีอาการดังต่อไปนี้โปรดติ๊ก ☐ .

ประวัติทางการแพทย์

- ☐ 1. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
- ☐ 2. โรคเบาหวาน
- ☐ 3. โรคหัวใจ
- ☐ 4. โรคทางสัลยกรรม
- ☐ 5. โรคไต
- ☐ 6. โรคต่อมไทรอยด์
- ☐ 7. โรคเลือดแข็งตัว
- ☐ 8. โรคติดเชื้อตามกฏหมาย
- ☐ 9. มะเร็งในเรื้อรังและมะเร็ง
- ☐ 10. โรคเส้นประสาทส่วนกลาง
- ☐ 11. โรคระบบทางเดินปัสสาวะ
- ☐ 12. ระบบทางเดินอาหารและโรคตับ
- ☐ 13. โรคโลหิตจาง
- ☐ 14. Lupus erythematosus และโรคแพ้ภูมิตัวเอง
- ☐ 15. โรคหอบหืดหลอดลมและโรคปอดปาก
- ☐ 16. โรคลมบ้าหมู
- ☐ 17. คนในครอบครัวมีโรคทางพันธุกรรมและความผิดปกติแต่กำเนิดอื่น ๆ หรือไม่?
- ☐ 18. การสัมผัสอันตราย (การสูบบุหรี่การสูบบุหรี่ในผู้อยู่อาศัยเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์)
- ☐ 19. ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ 20. การไข้ยา
- ☐ 21. อื่น ๆ

ประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

- ☐ 1. ผ่าตัดมดลูกหรือช่องคลอด
- ☐ 2. การผ่าตัดหัวใจ
- ☐ 3. ความดันโลหิตสูง
- ☐ 4. เบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ☐ 5. คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์)
- ☐ 6. ความผิดปกติ แต่กำเนิด
- ☐ 7. ทารกแรกเกิดเสียชีวิต
- ☐ 8. ช่องคลอด dystocia
- ☐ 9. ตกเลือดหลังคลอด
- ☐ 10. อดีตทารกในครรภ์ B Streptococcus การติดเชื้อ
- ☐ 11. น้ำคร่ำเส้นเลือดอุดตัน
- ☐ 12. เยื่อ น้ำคร่ำอักเสบ
- ☐ 13. น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป
- ☐ 14. น้ำแตกต้น
- ☐ 15. ภาวะรกเกาะต่ำและการผ่ารก
- ☐ 16. รกเกาะ accreta
- ☐ 17. ความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือการเสียชีวิตของทารกในครรภ์การคลอดบุตรและการคลอดบุตร
- ☐ 18. ความผิดปกติของทารกในครรภ์จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
- ☐ 19. การวินิจฉัยทางพันธุกรรมก่อนคลอดผิดปกติ (การตรวจโครโมโซมหรือพันธุกรรม)
- ☐ 20. ความทุกข์ของทารกในครรภ์
- ☐ 21. โรคลมบ้าหมูก่อน
- ☐ 22. โรคลมบ้าหมู
- ☐ 23. ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ 24. อื่น ๆ

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ■ .

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. รายการตรวจก่อนคลอด (หน้า 2) | ☐ 6. เกล็ดสับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 2. บันทึกการตรวจอัลตราโซนิกทางสูติศาสตร์(หน้า 15) | ☐ 7. วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 3. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 8. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 4. บริการตรวจเอชไอวีหญิงตั้งครรภ์ฟรี | ☐ 9. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ |
| ☐ 5. การวินิจฉัยและการอุดหนุนทางพันธุกรรมก่อนคลอด | ☐ 10. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์
(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีความสุขหรือไม่?
☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่?
☐ ใช่ ☐ ไม่

● สำหรับอันตรายจากควันโปรดติ๊ก ■ .

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สปอร์ตที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

● คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ
(เช่นอาหารการออกกำลังกายกิจวัตรประจำวันสุขภาพแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ดังนี้:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____ ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

1

บันทึกการตรวจสอบเบื้องต้น

ไตรมาสแรก: ตั้งครรภ์น้อยกว่า 13 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 8

ทำการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ หากคุณมีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์ในระยะแรก ให้ไปพบแพทย์ทันที
- ☐ การตรวจอัลตราซาวด์ครั้งที่ 1 (แปะผลการตรวจในหน้า 12)

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 6~8

สามารถมองเห็นการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ด้วยอัลตราซาวด์

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลการเลิกบุหรี่ (หน้า 61)
- ☐ บันทึกการตรวจอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์(หน้า15)
- ☐ โรคประจำตัว
- ☐ การวินิจฉัยและการอุดหนุนทางพันธุกรรมก่อนคลอด



สุขศึกษาและแนะแนวเรื่อง

- ☐ การป้องกันอันตรายจากบุหรี่และแอลกอฮอล์
- ☐ เด็กผู้หญิงเก่งพอ ๆ กับเด็กผู้ชาย
- ☐ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ

※ โปรดสแกนรหัส QR
 นวนาเพื่อข้อมูลการ
 ศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

☎ สายด่วนการดูแลมารดา: 0800-870-870

วันส่งของถัดไป ____ ปี ____ เดือน ____ วัน



2

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 2

ไตรมาสแรก: ตั้งครรภ์น้อยกว่า 13 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 12

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณาตรวจตามต้องการรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|--|
| ☐ 1.รายการตรวจก่อนคลอด (หน้า 2) | ☐ 6.วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 2. ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61) | ☐ 7.การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 3.บริการตรวจเอชไอวีหญิงตั้งครรภ์ฟรี | ☐ 8.การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ |
| ☐ 4.การวินิจฉัยและการอุดหนุนทางพันธุกรรมก่อนคลอด | ☐ 9.สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ 5.เคล็ดลับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ | |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขในอนาคตรึเปล่า? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากครัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัดประจักษ์วันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี้:๖

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 2

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ

※จำเป็นต้องได้รับการอ้างอิงถึง Bing หากคุณมีการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือสงสัยว่ามีความรุนแรงในครอบครัวโปรดซื้อบัตรตามที่กำหนดและกรอกข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงจากความรุนแรง โกลด์ซิดของได้หวั่นต้องอ้างอิงแบบประเมิน (TIPVDA scale)

1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
 2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
 3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
 4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

ค่าเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ การตรวจคัดกรองดาวเนชันโดรมในไตรมาสแรกสามารถทำได้ตั้งแต่ 11 ถึง 14 สัปดาห์(ด้วยค่าใช้จ่ายของคุณเองผลการตรวจสอบจะถูกบันทึกไว้ในหน้า 57)
- ☐ การตรวจเลือดทางปากสำหรับการทดสอบแอนติบอดีโรคหัดเยอรมันและการทดสอบซีฟิลิส (ผลการตรวจสอบบันทึกไว้ที่หน้า 8)
- ☐ การตรวจเลือดทางปากเพื่อหาแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบี (HBeAg) โปรดดูตารางการตรวจสอบในหน้า 2 (ผลการตรวจสอบบันทึกไว้ที่หน้า 8)
- ☐ MCVปริมาณเม็ดเลือดแดงเฉลี่ยเป็นพื้นฐานสำคัญในการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียโปรดอย่าลืมปรึกษาแพทย์เพื่อรับผลหากค่าเฉลี่ยของการทดสอบ MCV น้อยกว่า 80 ต้องตรวจสอบคู่สมรสด้วย
- ☐ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคเบาหวานขอแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ว่าควรเพิ่มการตรวจน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา (FPG) และการตรวจไกลเคตซีโมโกลบิน (HbA1C) ในการตรวจครั้งแรก(ด้วยค่าใช้จ่ายของคุณเองผลการตรวจสอบจะถูกบันทึกไว้ในหน้า 8)
- ☐ ขอแนะนำให้ทำบริการตรวจเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 9-12

การพัฒนาอวัยวะร่างกายทั้ง4และอวัยวะบนใบหน้าทั้ง5

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ รายการตรวจก่อนคลอด (หน้า 2)
- ☐ ผลการตรวจเลือดไวรัสตับอักเสบบี (หน้า 8)
- ☐ ผลการทดสอบแอนติบอดีโรคหัดเยอรมัน (หน้า 8)
- ☐ ข้อมูลเล็กน้อย
- ☐ บริการตรวจเอชไอวีหญิงตั้งครรภ์ฟรี
- ☐ การวินิจฉัยและการอุดหนุนทางพันธุกรรมก่อนคลอด
- ☐ เด็กผู้หญิงเก่งพอ ๆ กับเด็กผู้ชาย
- ☐ เคล็ดลับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่การสนับสนุนที่เป็นมิตรกับแม่และเด็ก
- ☐ กรุณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถ



※โปรดสแกนรหัสQR ทางด้านบนเพื่อดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ

สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

3

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 3

ไทม์ไลน์ที่ 2: ตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์และตั้งครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 16

หารายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณาตรวจตามต้องการรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. รายการตรวจก่อนคลอด (หน้า 2) | ☐ 7. ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด |
| ☐ 2. ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61) | ☐ 8. เคล็ดลับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 3. โรคประจำตัว | ☐ 9. วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 4. บริการตรวจเอชไอวีหญิงตั้งครรภ์ฟรี | ☐ 10. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ 5. การวินิจฉัยและการดูแลทางพันธุกรรมก่อนคลอด | ☐ 11. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ |
| ☐ 6. การป้องกันอันตรายจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ | ☐ 12. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากครัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัดประจักษ์ยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี้:๘

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 3

ทำการบ้านหัดดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวั่น (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ การตรวจคัดกรองดาวเนชั่นโดมหรือการเจาะน้ำคร่ำในไตรมาสที่สองสามารถทำได้ประมาณ 15-20 สัปดาห์ (ผลการตรวจจะถูกบันทึกไว้ในหน้า 57)
- (ด้วยค่าใช้จ่ายของคุณเองคุณสามารถดูเงินอุดหนุนเพื่อการวินิจฉัยทางพันธุกรรมก่อนคลอดโดยกระทรวงสาธารณสุขแลสส์สดีการได้ผ่านรหัส QR ด้านล่าง)

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 13-16

ทารกในครรภ์มีรูปร่างสมบูรณ์ผิวใสสีชมพูและทารกเริ่มที่จะขยับตัว

สุขภาพและแนะนำเรื่อง

- | | |
|---|--|
| ☐ ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61) | ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ |
| ☐ โรคประจำตัว | ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ |
| ☐ การวินิจฉัยและการอุดหนุนทางพันธุกรรมก่อนคลอด | ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ การป้องกันอันตรายจากบุหรี่และแอลกอฮอล์ | ☐ กรรณาคาดเข็มฉีดยาเมื่อขึ้นรถ |
| ☐ เด็กผู้หญิงเก่งๆ กับเด็กผู้ชาย | |
| ☐ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด | |
| ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ | |

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

4

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 4

ไตรมาสที่2: ตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์และตั้งครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 20

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้อย่างเป็นฝักรตรวจสอตนแ่งก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. บันทึกการตรวจอัลตราโซนิคทางสูติศาสตร์ (หน้า 15) | ☐ 7. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ 2. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 8. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 3. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | |
| ☐ 4. วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ | |
| ☐ 5. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | |
| ☐ 6. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมีปัญหากับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมีสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกัยวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 4

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวัน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ การตรวจอัลตราโซนิค (รายงานการตรวจสอบวางอยู่ในหน้า 13)

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 17-20

การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ชัดเจนมากขึ้น หัวรับประมาณ 1/3 ของความยาวลำตัวทั้งหมด กระดูกมีกระดูกเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ความยาวของแขนและขาได้สัดส่วนทารกกำลังเริ่มสร้างซี่โครงทารกในครรภ์มีความยาวประมาณ 25 ซม. และหนักประมาณ 250 ถึง 500 กรัม

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ บันทึกการตรวจอัลตราโซนิคทางสูติศาสตร์ (หน้า 15)
- ☐ ข้อมูลเลกนุหรี (หน้า 61)
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ กรุณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ปากต้องการคำปรึกษาการเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ จัดหาแหล่งข้อมูลคู่มือการเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
(เว็บไซต์สำนักงานอนามัยแห่งชาติ: <http://health99.hpa.gov.tw>)
- ☐ ไม่ให้นมบุตร
- ☐ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสูตรสำหรับทารก
- ※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

5

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 5

ไทม์ไลน์ที่ 2: ตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์และตั้งครรถ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 24

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรถ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณาตรวจดูว่าต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรถ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. บันทึกการตรวจอัลตราโซนิคทางสูติศาสตร์ (หน้า 15) | ☐ 7. การติดเชื้อมีระหว่างตั้งครรถ์และภาวะแทรกซ้อนในครรถ์ |
| ☐ 2. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 8. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ 3. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 'การตั้งครรถ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 9. การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 4. เคล็ดสลับชีวิตระหว่างตั้งครรถ์ | ☐ 10. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. วิธีจัดการกับความเครียดในระหว่างตั้งครรถ์ | ☐ 11. ทำความเข้าใจโรคเบาหวานขณะตั้งครรถ์ |
| ☐ 6. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรถ์ | ☐ 12. ทำความเข้าใจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรถ์ |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรถ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่: _____

ลายเซ็นมารดาในครรถ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 5

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้พริน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ ช่วง 24-28 สัปดาห์ได้ทำการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือไม่ (บันทึกผลการตรวจในหน้า 8)
- ☐ ช่วง 24-28 สัปดาห์ได้ทำการตรวจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (บันทึกผลการตรวจในหน้า 8)
- ☐ หลีกเลี่ยงการอบร้อนก่อนคลอด

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 21-24

รูปร่างของทารกในครรภ์จะเปิดและเริ่มฝึกหายใจ และเริ่มฟังเสียงจากข้างนอกได้แล้ว

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- | | |
|--|---|
| ☐ บันทึกการตรวจอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์ (หน้า 15) | ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ เคล็ดสลับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ |
| ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ ทำความเข้าใจโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ |
| ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ ทำความเข้าใจภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ |
| ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | |

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

6

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 6

ไตรมาสที่2: ตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์และตั้งครรภ์น้อยกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 28

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

※ กรุณาทำตามตารางต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

- สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 6. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ |
| ☐ 2. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 7. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ 3. เคล็ดลับชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 8. การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 4. วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | |

- เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีอารมณ์หว้งในอนาคหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

- ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 6

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครกสัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวัน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำได้เมื่อจำเป็นนานกว่า 24 สัปดาห์ แต่น้อยกว่า 29 สัปดาห์ (ด้วยค่าใช้จ่ายของคุณเองผลการตรวจจะถูกบันทึกไว้ในหน้า 8)
- ☐ หลักสูตรการศึกษาก่อนคลอด
- ☐ คุณสามารถนัดวัคซีนไอกรน Tdap ได้ด้วยค่าใช้จ่ายของคุณเองใน 28 ~ 36 สัปดาห์เพื่อส่งต่อแอนติบอดีของมารดาไปยังทารกในครรภ์และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อหลังคลอด

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 25-28

ผิวสีแดงเข้ม ไขมันใต้ผิวหนังเริ่มสะสม มีการนอนและขยับตัวสลับกัน ตอบสนองต่อเสียงภายนอก

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเลกบูทรี (หน้า 61)
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ เคล็ดสับชีวิตรหว่างตั้งครรภ์
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ กรรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครก:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครก:

2

ใบบันทึกคำแนะนำการดูแลสุขภาพก่อนคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 29 ถึง 40 ของการตั้งครรภ์

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____ [บริการนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากการบริจาคสวัสดิการด้านสุขภาพยาสูบ]

ข้อมูลพื้นฐาน (ต้องกรอกโดยแม่ที่คาดหวัง)

ความสูง _____ ซม

น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ _____ กก

น้ำหนักปัจจุบัน _____ กก

เฮโมโกลบิน _____ g / dL
(กรุณากวักจำนวนครั้งที่ตรวจในครั้งแรก)

- ปัจจุบันมีสถานะเงินอุดหนุนสวัสดิการสังคมหรือไม่: (ปรนัย)
 - ☐ 0. ไม่
 - ☐ 1. เงินอุดหนุนสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
 - ☐ 2. เงินอุดหนุนครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
 - ☐ 3. เงินสงเคราะห์ครอบครัวกรณีพิเศษ
 - ☐ 4. เบี้ยยังชีพเด็กและวัยรุ่น (โครงการ: _____ ; จำนวนคน : _____)
 - ☐ 5. อื่น _____
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการดังต่อไปนี้:
 - ☐ 1. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงาน
 - ☐ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความพิการ
 - ☐ 3. อื่น ๆ _____

พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (ต้องกรอกโดยมารดาที่มีครรภ์)

- 1 ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เป็นครั้งคราวหรือส่งผลกระทบต่อ _____
 - ☐ 2. สูบบุหรี่บ่อยหรือทุกวัน
- 2 คุณใส่ใจสิ่งแวดล้อมเป็นพิเศษห่างจากควันบุหรี่มือสองหรือไม่?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ใช่ปาก ☐ 2. ไม่มีควันบุหรี่มือสองในสภาพแวดล้อมโดยรอบ
- 3 คุณกำลังดื่มแอลกอฮอล์อยู่หรือไม่?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ดื่มเป็นครั้งคราวหรือเพื่อส่งผลกระทบต่อ _____
 - ☐ 2. ดื่มบ่อยๆ
- 4 เสียหามากไหม?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เสียเป็นครั้งคราวหรือเพื่อความบันเทิงเท่านั้น ☐ 2. เสียบ่อยๆ
- 5 ปัจจุบันคุณใช้ยาหรือมีการใช้ยาเสพติดหรือไม่?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. ปากเป็นครั้งคราว ☐ 2. ใช้บ่อยแม้ทุกวัน
- 6 คุณมีอาการไอเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่?
 - ☐ 0. ไม่ ☐ 1. เป็นครั้งคราว ☐ 2. ให้นานกว่า 2 สัปดาห์

สุขภาพจิตใจ(ต้องกรอกโดยมารดาที่มีครรภ์)

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์:

ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีอารมณ์หวงในอนาคหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่

ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่

※ หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณ ขอแนะนำให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ

ประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

● มีประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในอดีตหรือไม่?

☐ 0. ไม่

☐ 1. ใช่ (โปรดติดด้านล่าง ☐)

- ☐ (1) ภาวะรกเกาะต่ำ
- ☐ (2) รกเกาะ previa
- ☐ (3) น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป
- ☐ (4) ทารกในครรภ์มีน้ำหนักเกิน
- ☐ (5) การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์การทำงานของรกผิดปกติ
- ☐ (6) รกมีน้ำหนักเกิน (มากกว่า 4200gm)
- ☐ (7) โรคทางพันธุกรรมในหญิงตั้งครรภ์หรือญาติลำดับแรกของเธอ
- ☐ (8) หญิงตั้งครรภ์เองและญาติชั้นหนึ่งของเธอต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงของโรคทางพันธุกรรม

- | | |
|---|--|
| ☐ โรคหัวใจ | ☐ โรคทางจิตเวชหรือระบบประสาท |
| ☐ โรคไต | ☐ การตั้งครรภ์ด้วยโรคระบบภูมิคุ้มกัน |
| ☐ โรคระบบเลือด | ☐ เนื้องอกในรังไข่หรือมดลูก |
| ☐ โรคตับ | ☐ โรคติดต่อขณะตั้งครรภ์ |
| ☐ วัณโรคที่ใช้ยานอยู่ | ☐ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (รวมถึงโรคเอดส์) |
| ☐ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ | ☐ โรคทางการแพทย์หรือสัลยกรรมที่รุนแรงอื่น ๆ |
| ☐ ไฮเปอร์ไทรอยด์ | |

- ☐ (9) ความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน
- ☐ (10) มดลูกและช่องคลอดผิดปกติ
- ☐ (11) ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ (12) อื่น ๆ

※ หากคุณมีประวัติทางการแพทย์ข้างต้นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรโปรดติดต่อโรงพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์หรือส่งต่อโรงพยาบาลที่รับผิดชอบกรณีฉุกเฉินระดับกลางหรือระดับรุนแรงหากผลการตรวจคัดกรองเอชไอวีเป็นบวกโปรดติดต่อสถาบันการแพทย์ที่กำหนด

ชื่อนักศึกษา	โฟกัส	แม่เป็นคนประเมินตนเอง		ประเด็นสำคัญของคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
		ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	
ดูความปลอดภัยของแม่และทารกในครรภ์ (อ้างอิงคู่มือ: ขอให้ทารกเติบโตอย่างปลอดภัย, แม่พันธุ์นักศึกษาโรคไวรัสซิกา)	อันตรายของหญิงตั้งครรภ์	☐	☐	☐ หากคุณทราบสัญญาณของการคลอดก่อนกำหนด (มีเลือดออกทางช่องคลอดปวดท้องมดลูกบีบตัวต่อเนื่องหน้าตัก) เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์คุณควรไปพบแพทย์ทันทีเลือกโรงพยาบาลที่มีห้องคลอดทารกแรกเกิดในการคลอดหรือการคลอด
		☐	☐	☐ ทราบข้อมูลสุขภาพประวัติโรคและประวัติทางการแพทย์ของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรหากแพทย์แจ้งให้คุณทราบ:หากคุณมีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรอย่างใดอย่างหนึ่งจาก หน้า1-12 โปรดเลือกไปที่โรงพยาบาลฉุกเฉินระดับปานกลางหรือศูนย์เร่งที่ใกล้ที่สุดเพื่อทำการรักษาหรือฝากครรภ์
	อาการ	☐	☐	☐ หลีกเลี่ยงอันตรายจากการสูบบุหรี่(รวมถึงควันบุหรี่มือสอง)ต่อสุขภาพของมารดาและทารก (การแจ้งการคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดต่ำ)
		☐	☐	☐ ทราบถึงอันตรายต่อสุขภาพของแอลกอฮอล์ต่อมารดาและทารก (การแจ้งการคลอดก่อนกำหนดคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดน้อยระบบประสาทส่วนกลางผิดปกติ)
		☐	☐	☐ รู้ถึงอันตรายของหมากต่อสุขภาพของมารดาและทารก (แจ้งคลอดก่อนกำหนดคลอดตายน้ำหนักแรกเกิดต่ำ)
		☐	☐	☐ ทราบถึงอันตรายของยาที่มีต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ (โรคลมบ้าหมูน้ำหนักตัวน้อยปัญหาการหายใจและความตาย ฯลฯ) และแหล่งข้อมูลการรักษาที่มี
		☐	☐	☐ สมัครตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ในครั้งนี้ ส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่หรือสายด่วนการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์
	การติดเชื้อไวรัสซิกา	☐	☐	☐ ทราบว่าในระหว่างตั้งครรภ์หากไม่แน่ใจคุณควรเลื่อนการเดินทางไปยังพื้นที่ติดเชืไวรัสซิกาชั่วคราว
		☐	☐	☐ รู้วิธีป้องกันการติดเชื้อไวรัสซิกา
		☐	☐	☐ ทราบว่าหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชืไวรัสซิกาควรทำการตรวจอัลตราซาวนด์ของทารกในครรภ์ทุก 4สัปดาห์เพื่อติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
		☐	☐	
โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ (อ้างอิงคู่มือ: กินเพื่อสุขภาพ)	น้ำหนัก	☐	☐	☐ รู้ว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ควรปรับให้เหมาะสมตามน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ควรเพิ่ม 10~ 14 กก. และให้ความสำคัญกับความเร็วในการเพิ่ม
	อาหารที่รับประทาน	☐	☐	☐ รับประทานอาหาร6ประเภทที่มีคุณค่าสารอาหารสูง และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปที่มีน้ำตาล น้ำมัน และเกลือสูงหรืออาหารที่มีคุณค่าอาหารน้อย เช่นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล มันฝรั่งทอด
แผนการเตรียมการตั้งครรภ์ (อ้างอิงคู่มือ: การเกิดของทารก)	การผลิตที่หลากหลายและไม่มีโรค	☐	☐	☐ ประเมินและวางแผนการคลอดที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพของมารดา
		☐	☐	☐ ไม่เลือกวิธีการผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
		☐	☐	☐ ทราบว่าการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาตามปกติการมีส่วนร่วมในการศึกษาก่อนคลอด สามารถช่วยในการเตรียมตัวสำหรับการคลอดบุตรและรับมือกับความเจ็บปวดจากกระบวนการคลอดได้
		☐	☐	☐ ทราบถึงสัญญาณที่ใกล้จะถึงระยะคลอด เช่น รู้สึกสบาย ตกแดงหรือมีเลือดเจ็บครรภ์หรือปวดเอว น้ำคัสแตก (มีช่องเหลออออกจากช่องคลอดในปริมาณมาก) การรับมือกับความรู้อีกอย่างอาจจะหรือมีอาการเจ็บครรภ์อย่างรุนแรง

ชีวมลพิษ	โฟกัส	แม่เป็นคนประเมินตนเอง		ประเด็นสำคัญของคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
		ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ดูมี: วัสดุการให้อาหารที่ใกล้ชิดที่สุด)	คำแนะนำในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งหมด	☐	☐	☐ รู้ว่านมแม่ให้สารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิดและทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดาและทารก: (1)ประโยชน์สำหรับคุณแม่:ตกเลือดหลังคลอดน้อยลง,รักษารูปร่าง,ลดมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านมผลคุ้มค่าเนื้อมตามธรรมชาติดีลดความเสี่ยงโรคกระดูกพรุน (2)ประโยชน์สำหรับทารก:ได้รับสารอาหารครบถ้วน ดูดซึมง่าย ลดกระเพาะและลำไส้อักเสบ เสริมภูมิคุ้มกันและทำให้ทารกอ่อนน้อยลง
		☐	☐	☐ ฉันรู้ว่าการสัมผัสทางผิวหนังระหว่างแม่กับลูกทันทีหลังคลอดและการอยู่ในห้องของพ่อแม่ลูกสามารถส่งเสริมการหึ่งน่านและการบีบตัวของมดลูกลดการตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อของมดลูกส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกในช่วงปากและปากก่อนกำหนดอุณหภูมิร่างกายและอารมณ์ของทารกให้คงที่และช่วยการพัฒนาสมอง
		☐	☐	☐ สำหรับคุณแม่ที่ไม่สามารถให้นมลูกได้อย่างมั่นใจตัวเองมากเกินไปทุกคนเต็มใจจ่ายค่าเลี้ยงดูลูกก็มีหลายวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหนึ่งในนิตราบใดที่พวกเขาสามารถให้ความรักได้เพียงพอพวกเขาเป็นแม่ที่ดี
การปรับตัวทางจิตใจระหว่างตั้งครรภ์ (ถ้ามีอาการวิตกกังวลหรือความเครียดหรือความวิตกกังวล)	คำแนะนำในการปรับตัวทางจิตใจระหว่างตั้งครรภ์	☐	☐	☐ เมื่อคุณแม่มีมือใหม่ดูแลทารกแรกเกิดพวกเขาก็จำเป็นต้องใช้ลูกน้อยในการนอนหลับและปล่อยให้ร่างกายของพวกเขาได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอและอย่าเหนื่อยเกินไปหรืออดนอน
		☐	☐	☐ เป็นไปได้ที่จะขอให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ช่วยแบ่งปันงานบ้านและทำความสะอาดและงานแรงงานอื่น ๆ และ
		☐	☐	☐ หากสถานการณ์เครียดเกินไปให้เว้นช่วงเวลาสั้นๆทุกวันเพื่อออกไปเดินเล่นเพื่อพักผ่อนโอกาสสำหรับเคยเปิดเผยความรู้สึกของคุณกับครอบครัวญาติและเพื่อนของคุณในระดับ

คุณต้องการให้เจ้าหน้าที่บริหารสุขภาพและสังคมไปเยี่ยมบ้านของคุณเพื่อรับการดูแลหรือไม่?

☐
 เติมใจ

☐
 ไม่เติมใจ

1. เนื้อหาของแนวทางการให้ความรู้ด้านสุขภาพนี้ จัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ,ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค, สมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งไต้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์ทารกในครรภ์ของไต้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์การปรึกษาแนะได้หวัน, สมาคมเวชศาสตร์ครอบครัวไต้หวัน สมาคมพยาบาลไต้หวัน และสมาคมผดุงครรภ์แห่งไต้หวัน และได้รับการพัฒนาาร่วมกันโดยสหพันธ์สมาคมนักโภชนาการแห่งชาติแห่งสาธารณรัฐจีน
2. คำแนะนำด้านสุขภาพนี้สามารถใชร่วมกับตารางตั้งครรภ์ครั้งที่ 7~14 (สัปดาห์การตั้งครรภ์มากกว่า 29 สัปดาห์) โปรดดูที่การให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีมีครรภ์ ข้อมูลในแบบฟอร์มนี้จะใช้สำหรับการประเมินนโยบายหน่วยสุขภาพหรือการจัดการสุขภาพการติดตามกรณี
3. หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปีและยังไม่ได้แต่งงานควรได้รับความยินยอมจากตนเองและตัวแทนทางกฎหมาย

ชื่อและที่สสถาบันการแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์:	ลายเซ็นของแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์: วันแนะแนว ปี เดือน วัน
ลายเซ็นของหญิงตั้งครรภ์:	※ หากคุณต้องการปรึกษาเรื่องการคลอดบุตรหลังจากกลับบ้านโปรดใช้: (1) สายด่วนดูแลมารดาฟรีทั่วประเทศ 0800-870870 (2) เว็บไซต์การดูแลมารดา http://mammy.hpa.gov.tw ※ ผู้ที่ต้องการเลือกหรือสามารถโทรติดต่อสายด่วนฟรี 0800-636363

7

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 7

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 30

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณาตรวจจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 7.การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 2.การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 8.การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 3.การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9.ท่าเตรียมลูกรักก่อนคลอด |
| ☐ 4.การติดเชืระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | |
| ☐ 5.สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | |
| ☐ 6.ทำความเข้าใจกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีอารมณ์หว้งในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม? ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่: _____

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 7

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวั่น (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ ในเวลานี้โปรดตรวจดูว่าศีรษะของทารกในครรภ์คว่ำลงหรือไม่
- ☐ คุณเคยรับการตรวจคัดกรอง HIV สำหรับสตรีมีครรภ์หรือไม่? ถ้ายังไม่เคย คุณสามารถสอบถามผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณเกี่ยวกับบริการตรวจคัดกรองฟรี
- ☐ แนะนำให้รับการตรวจอัลตราซาวด์ครั้งที่ 3 หลังจากสัปดาห์ที่ 32 (บันทึกผลการตรวจในหน้า 14)

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 29-32

สัปดาห์ผิวหนังจะเหี่ยวย่นน้อยลงเล็บโตขึ้นเปลือกตาสามารถเปิดได้และทารกในครรภ์มีความกระตือรือร้นมากขึ้น
มือและเท้าของทารกในครรภ์แข็งแรงขึ้น และมักจะขกและเตะที่ท้องของแม่
นอกจากนี้ ทารกในครรภ์อยู่ในตำแหน่งคว่ำหน้าแล้ว

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเลกนุหรี (หน้า 61)
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ
- ☐ ชื่อคาร์ซีทเด็ก

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

8

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 8

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 32

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

※ กรุณาตรวจร่างกายก่อนการตรวจและบันทึกการตรวจของตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ■ .

- | | |
|--|--|
| ☐ 1.คำแนะนำสำหรับการคัดกรองอัลตราโซนิค(หน้า 15) | ☐ 6.สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที |
| ☐ 2.การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 7.ทำความเข้าใจกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด |
| ☐ 3.วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 8.การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 4.การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9.การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5.การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 10.ท่าเตรียมอุปกรณีก่อนคลอด |

● เรื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีอารมณ์หว้งในอนาคหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:๑

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 8

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้วัน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ การตรวจอัลตราซาวนด์ (รายงานการตรวจสอบวางอยู่ในหน้า 14)
- ☐ การตรวจเลือดเพื่อตรวจซีฟิลิส (บันทึกการตรวจไว้หน้า 8)
- ☐ หากไม่ได้ทำการตรวจเลือดเพื่อหาแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และไวรัสตับอักเสบบีอีแอนติเจน (HBeAg) ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ควรทำการตรวจนี้โปรดดูตารางการตรวจในหน้า 2 (บันทึกผลการตรวจสอบไว้หน้า 8)
- ☐ สตรีมีครรภ์ที่ไม่ได้ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ในครั้งนี้

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 29-32

สัปดาห์นี้ผิวหนังจะเหี่ยวลงน้อยลง เล็บโตขึ้นเปลือกตาสามารถเปิดได้ และทารกในครรภ์มีความกระตือรือร้นมากขึ้น มือและเท้าของทารกในครรภ์แข็งแรงขึ้น และมักจะขยับและเตะที่ท้องของแม่ นอกจากนี้ ทารกในครรภ์อยู่ในตำแหน่งคว่ำหน้าแล้ว

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ บันทึกการตรวจอัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์ (หน้า 15)
- ☐ ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61)
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ วิธีจัดการกับความรู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ กรณาคาดเข็มฉีดยาเมื่อขึ้นรถ
- ☐ ชื่อคาร์ซีตเด็ก

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

9

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 9

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 34

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

※ กรุณาทำตามตารางต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 7.การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 2.การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 8.การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 3.การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9.ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด |
| ☐ 4.การติดเชืระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | |
| ☐ 5.สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | |
| ☐ 6.ทำความเข้าใจกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีอารมณ์หว้งในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:๑

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจด้วยตนเองครั้งที่ 9

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต่ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวัน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ คุณได้รับการตรวจอัลตราซาวนด์หรือไม่? (รายงานการตรวจสอบวางอยู่ในหน้า 14)
- ☐ คุณเคยตรวจเอชไอวีอยู่ตั้งครรภ์หรือไม่? หากไม่เป็นเช่นนั้นคุณสามารถรับการตรวจคัดกรองได้ฟรี

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 34

มือและเท้าของทารกในครรภ์แข็งแรงขึ้น และมักจะขกและเตะที่ท้องของแม่นอกจากนี้ทารกในครรภ์อยู่ในตำแหน่งคว่ำหน้าแล้ว

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61)
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ กรุณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ปากต้องการคำปรึกษาการเสี่ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ได้จัดหาแหล่งข้อมูลคู่มือการเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ (ป้รับใช้สำนักงานอนามัยแห่งชาติ: <http://health99.hpa.gov.tw>)
- ☐ ไม่ให้นมบุตร
- ☐ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสูตรสำหรับทารก

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

10

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 10

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 36

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณา มารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็กบุหรี (หน้า 61) | ☐ 7. ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด |
| ☐ 2. คำแนะนำในการตรวจคัดกรองเบต้าสเตร | ☐ 8. การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 3. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 9. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด |
| ☐ 4. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 10. การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. การติดเชืระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 11. ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด |
| ☐ 6. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | ☐ 12. รู้จักโหมดการผลิตร |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำไปยังคุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?

- ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?

- ☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ
(เช่นอาหารการออกกำลังกายกิจวัตรประจำวันสุขภาพแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี้:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 10

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้พริน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ สามารถตรวจคัดกรองปีสเตรปโตคอคคัสในหญิงตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ 35 ถึง 37 สัปดาห์ (บันทึกผลการตรวจสอบไว้ที่หน้า 8)
- ☐ คุณรู้หรือไม่ว่าอันตรายของเอนเทอโรไวรัสต่อทารกแรกเกิดและจะป้องกันได้อย่างไร?

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 33-36

อัตราการเพิ่มของน้ำหนักจะมากกว่าความยาวลำตัวของลูก โภจะค่อยๆหายไป
ละการไหลเวียนของทารกในครรภ์การหายใจการย่อยอาหารและวัยระอีน ๆ จะโตเต็มที่

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเลกบุหรี (หน้า 61)
- ☐ คำแนะนำในการตรวจคัดกรองเบต้าสเตร
- ☐ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด'การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ รู้จักโหมดการผลิต
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:



สายด่วนการดูแลมารดา: 0800-870-870

วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

11

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 11

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 37

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณา มารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปได้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จัดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

- สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 7. ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด |
| ☐ 2. คำแนะนำในการตรวจคัดกรองเบต้าสเตร | ☐ 8. การออกกำลังกายก่อนคลอด |
| ☐ 3. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด/การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | ☐ 9. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด |
| ☐ 4. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 10. การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. การติดเชื้อมีทั้งตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 11. ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด |
| ☐ 6. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | ☐ 12. รู้จักโหมดการผลิ |

- เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำไปยังให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขในอนาคตรึเปล่า? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

- ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?

☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่)
 ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?

☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่)
 ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัตรประจำวันสุขภาพแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี้:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 11

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ตตต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา
หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว
โปรดรายงานตามระเบียบ
และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในเครือ
ครอบครัวของได้หวัน (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ สามารถตรวจคัดกรองบิสเตรปโตคอคคัสในหญิงตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ 35 ถึง 37 สัปดาห์ (บันทึกผลการตรวจสอบไว้ที่หน้า 8)
- ☐ คุณรู้หรือไม่ว่าอันตรายของเอนเทอโรไวรัสต่อทารกแรกเกิดและจะป้องกันได้อย่างไร?
- ☐ คุณพร้อมสำหรับการผลิตหรือไม่?

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 37

ทารกมีผมขึ้นดก เล็บยาวขึ้น ผิวเรียบเนียนขึ้น

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเลิกนุหรี (หน้า 61)
- ☐ คำแนะนำในการตรวจคัดกรองเบต้าสเตร
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ รู้จักโหมดการผลิต
- ☐ เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการหำงาน
- ☐ สถานพยาบาลสำหรับดูแลแม่และเด็ก
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

12

บันทึกการตรวจครั้งที่ 12

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 38

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 7. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด |
| ☐ 2. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 8. การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 3. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 9. ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด |
| ☐ 4. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | ☐ 10. รู้จักโหมดการผลิต |
| ☐ 5. ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | ☐ 11. เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน |
| ☐ 6. การออกกำลังกายก่อนคลอด | ☐ 12. สถานพยาบาลสำหรับดูแลแม่และเด็ก |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำไปยังคุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ
(เช่นอาหารการออกกำลังกายวัดประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 12

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา
หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว
โปรดรายงานตามระเบียบ
และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบ
ครัวของได้หวัน (มาตรฐาน TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ คุณรู้หรือไม่ว่าอันตรายของเอนเทอโรไวรัสต่อทารกแรกเกิดและจะป้องกันได้อย่างไร?
- ☐ คุณพร้อมสำหรับการผลิตหรือไม่?

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 37-40

ผิวเรียบเนียนขึ้น กระโหลกแข็งแรงขึ้น เล็บมือและเท้าเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61)
- ☐ ระวังโหมดการผลิต
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สถานพยาบาลสำหรับดูแลแม่และเด็ก
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่
อดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:

13

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 13

ไตรมาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

● จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 39

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

※ กรุณาตรวจจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จัดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 8. เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน |
| ☐ 2. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9. รู้จักโหมดการผลิต |
| ☐ 3. การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 10. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด |
| ☐ 4. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | ☐ 11. การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | ☐ 12. การจัดการสุขภาพหลังคลอด |
| ☐ 6. การออกกำลังกายก่อนคลอด | ☐ 13. สถานพยาบาลสำหรับดูแลแม่และเด็ก |
| ☐ 7. ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด | ☐ 14. การดูแลที่บ้าน |

● เรื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่ฉันอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัดประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่: _____

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 13

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวั่น (มาตรฐาน TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ โปรดอย่าลืมนำคู่มือสุขภาพมารดาและ "แบบฟอร์มการลงทะเบียนตรวจไวรัสตับอักเสบบีก่อนคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์" ที่พิมพ์โดยกรมควบคุมโรค

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 37-40

ผิวเรียบเนียนขึ้น กระโหลกแข็งแรงขึ้น เล็บมือและเท้าเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์

สุศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเล็กน้อย (หน้า 61)
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน
- ☐ รู้จักโหมดการผลิต
- ☐ การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด
- ☐ กรุณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ
- ☐ การจัดการสุขภาพหลังคลอด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ปากต้องการคำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ได้จัดหาแหล่งข้อมูลคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (ปัสสาวะสำหรับงานอนามัยแห่งชาติ: <http://health99.hpa.gov.tw>)
- ☐ ไม่ให้นมบุตร
- ☐ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสูตรสำหรับทารก

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อ
ดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:



สายด่วนการดูแลมารดา: 0800-870-870

วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

14

บันทึกการตรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 14

ไทม์มาสที่3: มากกว่า 29 สัปดาห์

- จำนวนสัปดาห์ที่แนะนำ: สัปดาห์ที่ 40

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ ____ ปี ____ เดือน ____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ ____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- มารดามีครรภ์จัดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

● สำหรับข้อมูลสุขศึกษาที่ฉันได้อ่านโปรดติ๊ก ☐ .

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ข้อมูลเล็บบุหรี่ (หน้า 61) | ☐ 8. เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน |
| ☐ 2. การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์ | ☐ 9. รู้จักโหมดการผลิต |
| ☐ 3. การติดเชืระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ | ☐ 10. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด |
| ☐ 4. สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ทันที | ☐ 11. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| ☐ 5. ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | ☐ 12. การจัดการสุขภาพหลังคลอด |
| ☐ 6. การออกกำลังกายก่อนคลอด | ☐ 13. สถานพยาบาลสำหรับดูแลแม่และเด็ก |
| ☐ 7. ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด | ☐ 14. การดูแลที่บ้าน |

● เครื่องวัดอุณหภูมิอารมณ์

(หมายเหตุ: หากปัญหาสองประการต่อไปนี้เกิดขึ้นกับคุณขอแนะนำอย่างยิ่งให้คุณแจ้งครอบครัวหรือแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือ)

1. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าหรือรู้สึกว่ามีไม่ความหวังในอนาคตหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. ในเดือนที่ผ่านมาคุณมักสูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆหรือรู้สึกไม่มีความสุขในการทำสิ่งต่างๆหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

● ความเสียหายจากควัน

1. ฉันสูบบุหรี่หรือไม่?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และโปรดเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่
2. สัปดาห์ที่ผ่านมาตอนที่คุณอยู่บ้านมีใครสูบบุหรี่ต่อหน้าฉันบ้างไหม?
☐ ใช่ (โปรดดูหน้า 61 และขอให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่) ☐ ไม่

- คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายวัดประจำวันยาสูบลอกออกอัลโกซานการ) สามารถบันทึกได้ที่นี่:

ลายเซ็นมารดาในครรภ์: _____

ลายเซ็นของสมาชิกในครอบครัว: _____

บันทึกการตรวจครั้งที่ 14

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

ผลการตรวจก่อนคลอด

- ☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
- ☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง

※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้หวั่น (มาตรการ TIPVDA)

คำเตือนพิเศษจากแพทย์

- ☐ โปรดอย่าลืมนำคู่มือสุขภาพมารดาและ "แบบฟอร์มการลงทะเบียนตรวจไวรัสตับอักเสบบีก่อนคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์" ที่พิมพ์โดยกรมควบคุมโรค

ทำความเข้าใจการเติบโตของทารก

สัปดาห์ที่ 40

ทารกใหญ่ขึ้น ช่องว่างในมดลูกเล็กลงและการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ลดลง ศีรษะของทารกจะอยู่ด้านล่าง หัวเข่าชิดมูก ต้นขาชิดลำตัว

สุขศึกษาและแนะนำเรื่อง

- ☐ ข้อมูลเล็กลง (หน้า 61)
- ☐ การควบคุมน้ำหนักและอาหารระหว่างตั้งครรภ์
- ☐ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์
- ☐ ทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- ☐ การออกกำลังกายก่อนคลอด
- ☐ ทำเตรียมอุปกรณ์ก่อนคลอด
- ☐ เตรียมและตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการทำงาน
- ☐ รู้จักโหมดการผลิต
- ☐ การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด
- ☐ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ การจัดการสุขภาพหลังคลอด
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยในรถ
- ☐ กรณาคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขึ้นรถ

※ โปรดสแกนรหัส QR ทางด้านขวาเพื่อดูข้อมูลการศึกษาและคำแนะนำ



สถาบันตรวจครรภ์:

ลายเซ็นของผู้ตรวจ:

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์:



สายด่วนการดูแลมารดา: 0800-870-870

วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

บันทึกการตรวจสอบอื่น ๆ

ทำการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- ☒ มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

☒ บันทึกการตรวจก่อนคลอด	☒ ผลการตรวจก่อนคลอด
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
ความดันโลหิต (mmHg)	☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (เต้น / นาที)	1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
ตำแหน่งของทารกในครรภ์	2. _____ ☐ ตต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
น้ำตาลในปัสสาวะ	3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
โปรตีนในปัสสาวะ	4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
อาการบวมหน้า	※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้พริน (มาตรการ TIPVDA)
เส้นเลือดขอด	สถาบันตรวจครรภ์:
	วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

- ☒ คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายกิจวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ดังนี้:

บันทึกการตรวจสอบอื่น ๆ

ทำรายการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดางต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- ☒ มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
☐ อาการอื่นๆ _____

บันทึกการตรวจก่อนคลอด	ผลการตรวจก่อนคลอด
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
ความดันโลหิต (mmHg)	☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (เต้น / นาที)	1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
ตำแหน่งของทารกในครรภ์	2. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
น้ำตาลในปัสสาวะ	3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
โปรตีนในปัสสาวะ	4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
อาการบวม	※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้พร (มาตรการ TIPVDA)
เส้นเลือดขาด	สถาบันตรวจครรภ์:
	วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

- ☒ คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่น อาหารการออกกำลังกายกิจวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ดังนี้:

บันทึกการตรวจสอบอื่น ๆ

ทำการบันทึกดังต่อไปนี้ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน (สัปดาห์ของการตั้งครรภ์สัปดาห์ _____)

※ กรุณามารดาจะต้องกรอกรายการต่อไปนี้และบันทึกการตรวจสอบตนเองก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพก่อนคลอด

- ☒ มารดามีครรภ์จดบันทึกรายการที่ใส่ใจ: ☐ เลือดออก ☐ ปวดท้อง ☐ ตะคริว ☐ อาการกระตุก
- ☐ อาการอื่นๆ _____

☒ บันทึกการตรวจก่อนคลอด	☒ ผลการตรวจก่อนคลอด
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	☐ ไม่มีการค้นพบพิเศษ
ความดันโลหิต (mmHg)	☐ หมายเหตุหรือรายการที่ผิดปกติ
เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ (เต้น / นาที)	1. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
ตำแหน่งของทารกในครรภ์	2. _____ ☐ ตต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
น้ำตาลในปัสสาวะ	3. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
โปรตีนในปัสสาวะ	4. _____ ☐ ต้องติดตาม ☐ ต้องมีการอ้างอิง
อาการบวมหน้า	※ หากพบมีบาดแผลไม่ทราบที่มา หรือสงสัยว่ามีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว โปรดรายงานตามระเบียบ และกรอกแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวของได้พริน (มาตรการ TIPVDA)
เส้นเลือดขอด	สถาบันตรวจครรภ์:
	วันส่งของถัดไป _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

- ☒ คำถามหรือข้อกังวลที่คุณต้องการถามแพทย์ / พยาบาลผดุงครรภ์ / เจ้าหน้าที่พยาบาลในระหว่างการตรวจสุขภาพ (เช่นอาหารการออกกำลังกายกิจวัตรประจำวันยาสูบแอลกอฮอล์โภชนาการ) สามารถบันทึกได้ดังนี้:



บันทึกการตรวจสอบของรายการที่จัดหาด้วยตนเอง

โครงการ	ผลลัพธ์
การตรวจคัดกรองดาวนซินโดรมในไตรมาสแรก	
การตรวจคัดกรองดาวนซินโดรมในไตรมาสที่สอง	
การตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์จากเลือดมารดา(NIPT)	
การเจาะน้ำคร่ำ	
สถานการณ์การฉีดวัคซีนไอกรน Tdap ก่อนคลอด	☐ ไม่ต้องฉีดวัคซีน ☐ จำเป็นต้องฉีดวัคซีน วันที่ฉีดวัคซีน: ปี เดือน วัน

แผนการผลิต

_____ สถาบันการแพทย์หนังสือแผนการผลิต

การมีประสบการณ์การผลิตที่ปลอดภัยสะดวกสบายและน่าพึงพอใจเป็นความคาดหวังร่วมกันของเราในปัจจุบันเรานับสนุน"การผลิตที่เป็นมิตรและหวังว่าจะให้ความเป็นสระแก่ผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของคุณและให้คำอธิบายและคำอธิบายอย่างทันทั่วที่ควรคาดหวังให้พ่อแม่แสดงความคิดเห็น"ของคุณและครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแล ขอขอบคุณ!

_____ และ _____ แผนการผลิต
นี่คือ _____ ทารกในครรภ์แรกของเราและ _____ วันที่ครบกำหนดคือ:ปี _____ เดือนและ _____ วัน

ชื่อมารดา _____ ชื่อแพทย์ _____

เลือกรายการ

I. การคลอดบุตร

☐ ใช่ ☐ ไม่	ฉันไม่มีความเห็นเกี่ยวกับเรื่องการคลอดบุตรดังต่อไปนี้และฉันเคารพคำแนะนำของแพทย์อย่างเต็มที่ (ถ้า "ใช่" โปรดข้ามไปยังข้อที่สอง: ตัวเลือกการรับรู้ความรู้สึก)								
	<table><tr><td>1. ฉันต้องการที่จะเคลื่อนที่ไปมาได้อย่างอิสระเมื่อนักส่งการจัดส่ง</td><td>☐ ใช่ ☐ ไม่</td></tr><tr><td>2. ฉันหวังว่าฉันจะกินได้ระหว่างการคลอดบุตร</td><td>☐ ใช่ ☐ ไม่</td></tr><tr><td>3. ฉันตกลงที่จะวางเข็มฉีดยาทางหลอดเลือดดำระหว่างการคลอด</td><td>☐ ใช่ ☐ ไม่</td></tr><tr><td>4. ฉันยอมรับว่าอาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำในระหว่างการคลอด</td><td>☐ ใช่ ☐ ไม่</td></tr></table>	1. ฉันต้องการที่จะเคลื่อนที่ไปมาได้อย่างอิสระเมื่อนักส่งการจัดส่ง	☐ ใช่ ☐ ไม่	2. ฉันหวังว่าฉันจะกินได้ระหว่างการคลอดบุตร	☐ ใช่ ☐ ไม่	3. ฉันตกลงที่จะวางเข็มฉีดยาทางหลอดเลือดดำระหว่างการคลอด	☐ ใช่ ☐ ไม่	4. ฉันยอมรับว่าอาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำในระหว่างการคลอด	☐ ใช่ ☐ ไม่
1. ฉันต้องการที่จะเคลื่อนที่ไปมาได้อย่างอิสระเมื่อนักส่งการจัดส่ง	☐ ใช่ ☐ ไม่								
2. ฉันหวังว่าฉันจะกินได้ระหว่างการคลอดบุตร	☐ ใช่ ☐ ไม่								
3. ฉันตกลงที่จะวางเข็มฉีดยาทางหลอดเลือดดำระหว่างการคลอด	☐ ใช่ ☐ ไม่								
4. ฉันยอมรับว่าอาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำในระหว่างการคลอด	☐ ใช่ ☐ ไม่								

II. สองตัวเลือกการรับรู้ความรู้สึกสองตัวเลือกการรับรู้ความรู้สึก

☐ ใช่ ☐ ไม่	ไม่จำเป็นต้องบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างคลอดฉันมีสิทธิ์เลือก
---	---

III. เกี่ยวกับการสร้างช่องคลอด (คลอดธรรมชาติ)

☐ ใช่ ☐ ไม่

ฉันไม่มีความเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้เกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดและฉันเคารพคำแนะนำของแพทย์อย่างเต็มที่
(ถ้า "ใช่" โปรดข้ามไปข้อที่ 4: หลังคลอด)

1. ไม่ว่าจะเป็นหรือไม่ ?

☐ ใช่ ☐ ไม่

2. เกี่ยวกับ "คุณต้องอดอาหาร" ในระหว่างการผลิต

☐ ใช่ ☐ ไม่

3. สำหรับ "ว่าจะทำแผลฝีเย็บ" ระหว่างการผลิต

☐ ใช่ ☐ ไม่

4. สำหรับ "การฉีดยาชา" ในระหว่างการผลิต

☐ ใช่ ☐ ไม่

5. เกี่ยวกับการใช้ยาส่งเสริมการเกิดในระหว่างการผลิต

☐ ใช่ ☐ ไม่

6. สำหรับ "คุณต้องการให้สามีของคุณไปกับคุณในระหว่างการผลิตหรือไม่"

☐ ใช่ ☐ ไม่

IV. ประการที่สี่หลังคลอด

☐ ใช่ ☐ ไม่

ฉันหวังว่าจะติดต่อกับผู้ปกครองเด็กโดยเร็วที่สุดแต่จะไม่ได้รับอนุญาตทางการแพทย์

V. แผนการดูแลผู้ปกครองเด็ก

☐ ใช่ ☐ ไม่

ฉันหวังว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ※ หมายเหตุ : 1. แผนนี้ไม่มีผลทางกฎหมายหากจำเป็นต้องมีการแก้ไขทางการแพทย์ขอแนะนำให้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และนำไปปฏิบัติเพื่อให้แน่ใจว่าการผลิตที่ปลอดภัย
2. เหมเพลตนี้จัดทำโดยสมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาไต้หวัน ใช้สำหรับอ้างอิงเท่านั้นสถาบันทางการแพทย์แต่ละแห่งสามารถเพิ่มหรือลบเนื้อหาได้ตามความต้องการทางการแพทย์

(ที่มา: สมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาไต้หวัน)

ลายเซ็นของมารดาที่มีครรภ์: _____

_____ ปี _____ เดือน _____ วัน



บันทึกการผลิต

เวลาจัดส่ง	ปี _____ เดือน _____ วัน _____ ชั่วโมง _____ นาที _____			
สัปดาห์ของการตั้งครรภ์	สัปดาห์ _____ (เดือน: _____)			
วิธีการผลิต	☐ การคลอดทางช่องคลอด ☐ ใช้เข็มทำคลอด ☐ คลอดแบบดึงสุญญากาศ ☐ ผ่าคลอด ☐ อื่นๆ			
	บันทึกเหตุการณ์พิเศษ			
สถานการณ์เกิด	เพศ		ทารกในครรภ์	
	น้ำหนักตัว		กรัม	ความสูง
	รอบศีรษะ		ซม	ซม
	บันทึกสถานการณ์พิเศษ			
สถานที่เกิด	ชื่อ:			
	ที่อยู่:			

การกระตุ้นการคลอดปล่อย

คุณแม่อย่าลืมรับคำปรึกษาด้านสุขภาพ!

ได้รับคำแนะนำ	☐ การคุมกำเนิด	☐ การป้องกันโรคเอดส์ในทารกและเด็กเล็ก
	☐ การเสียดูดด้วยนมในช่องปาก	☐ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุของทารก
การแจ้งเตือนอัน	☐ ตรวจหลังคลอด 4 ~ 6 สัปดาห์หลังคลอด	☐ บัตรสตูล
	☐ Pap smear ที่3 เดือนหลังคลอด	☐ พ่อแม่ลูกอ่านหนังสือด้วยกัน
	☐ เพื่อทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการป้องกันและการรักษา	☐ นัดหมายกับคลินิกสุขภาพและฉีดวัคซีนให้เสร็จ
	☐ 1. ประกันสุขภาพเด็กแรกเกิดการดำเนินการหน้าตาเดียว สำนักงานทะเบียนบ้านในท้องที่รับจดทะเบียนการเกิดของทารกแรกเกิดและจะปรึกษาผู้ปกครองเพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับการสมัครประกันและบัตรประกันสุขภาพสำหรับทารกเกิดหลังจากลงนามและยืนยันประกาศสำนักงานทะเบียนครัวเรือนต่อกรมประกันสุขภาพแห่งชาติแบบฟอร์มคำขอบริการระหว่างหน่วยงานสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการตามความประสงค์ทำตามขั้นตอนการประกันสำหรับทารกแรกเกิดและแจ้งหน่วยผู้เอาประกันภัยและส่งบัตรประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ที่กำหนดดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพ: https://www.nhi.gov.tw	
	☐ 2. ทารกแรกเกิดที่มีสุขภาพดีต่างประเทศที่เกิดในไต้หวันและมีหนังสือรับรองกันที่อยู่ ควรเข้าร่วมประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่วันเกิด	

ผลเสียของการสูบบุหรี่

ควันบุหรี่มีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด โดย 93 ชนิดเป็นสารก่อมะเร็งและเป็นอันตราย ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพได้

1ใน2คนที่สูบบุหรี่ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่การใช้น้บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในหลายประเทศ ควันบุหรี่มือสองถูกองค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง (International Agency for Research on Cancer, IARC)จัดให้เป็นจัดเป็นสารก่อมะเร็งระดับ1 จากผลวิจัยพบว่าผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิต 6 ประการ ได้แก่ เนื้องอก เบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคไต สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงของการแท้งโดยธรรมชาติ ความผิดปกติแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดต่ำ

คนที่ 'พักอยู่' กับผู้ 'ที่' สูบบุ 'หรี่' นอกจากต้องรับความเสียหายจากบุ 'หรี่' มี 2 แล้ว ยังต้องรับมือกับบุ 'หรี่' มี 3 อีกด้วย จากผลการวิจัย ถึงแม้ผู้ 'ที่' สูบบุ 'หรี่' จะไม่ได้ 'สูบ' ต่อหน้าเด็ก แต่บุ 'หรี่' มี 3 ที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้า รก บ้านก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เด็กมีความเสี่ยงในการรับรู้ถึงบทพร่อง หายใจหอบ หูอักเสบและมะเร็งโลหิต

ข้อดีของการเลิกบุหรี่ ร่างกายรับรู้ได้ดีที่สุด

เพียงแค่หยุดสูบบุหรี่ นีโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์และทาร์ควันในร่างกายนีก็จะเริ่มระบายออกมา ไม่เก็บสะสมอีกต่อไป

20 นาที	การเต้นของหัวใจและความดันโลหิต กลับสู่ปกติ	2-12 สัปดาห์	การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นมาก
8 ชม	ระดับนีโคตินและคาร์บอนมอนนอก ไซด์ในเลือดลดลงครึ่งหนึ่งและ ระดับออกซิเจนกลับสู่ปกติ	3-9 เดือน	ลดปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ หอบหืด เพิ่มการทำงานของปอด 10%
24 ชม	คาร์บอนมอนนอกไซด์ถูกกำจัดและปอดเริ่มล้างเสมหะและขาทืดกว้าง	1 ปี	โอกาสหัวใจวายลดลงครึ่งหนึ่ง
48 ชม	ไม่มีสารนิโคตินตกค้างในร่างกายนี บปรุงรสชาติและกลิ่นการทำงานของปอดดีขึ้นและการหายใจง่ายขึ้นมาก	10 ปี	ความเสี่ยงมะเร็งปอดลดลงครึ่งหนึ่ง
		15 ปี	ความเสี่ยงหัวใจวายเท่ากับคนไม่สูบบุหรี่

ช่องทางการเลิกบุหรี่ที่หลากหลาย

การสัมผัสกับควันไม่มีช่วงที่ 'ปลอดภัย' คุณสามารถใช้แหล่งข้อมูลบริการเลิกบุหรี่ต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขแห่งชาติได้อย่างเหมาะสม มีสถาบันการแพทย์ที่หาสัญญาณบริการเลิกบุหรี่เกือบ 3,500 แห่ง และสายด่วนให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ฟรี 0800-636363 โดยสายด่วนการเลิกบุหรี่ให้บริการการเลิกบุหรี่ที่สะดวกสบายและเป็นส่วนตัว พร้อมให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาอย่างมืออาชีพตามปัญหาและความยากลำบากของผู้เลิกบุหรี่ เรามีกลยุทธ์และวิธีการที่ตรงตามความต้องการ ไม่ว่าคุณจะทำที่ไหน สายด่วนการเลิกบุหรี่ จะอยู่เคียงข้างคุณเสมอ

MEMO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

แบบบันทึกการตรวจติดตามไวรัสตับอักเสบบีสำหรับหญิงตั้งครรภ์

สร้างชื่อ

ขนาดตัวอักษรวันที่

ID No.

งวด ผลลัพธ์ โครงการ		วันที่ตรวจ	การตรวจติดตามหลังคลอด				
		_____ ปี	_____ ปี	_____ ปี	_____ ปี	_____ ปี	
		_____ เดือน	_____ เดือน	_____ เดือน	_____ เดือน	_____ เดือน	
		_____ วัน	_____ วัน	_____ วัน	_____ วัน	_____ วัน	
แอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg+หนึ่งลบบวก)							
แอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบี (HBeAg+หนึ่งลบบวก)							
การทดสอบการ ทำงานของตับ	AST (GOT)						
	ALT (GPT)						
การมีอยู่ของตับส่วนเกิน คลื่นเสียง (แนะนำให้กรอกวิธีสังเกตและขอบเขต)							
ของมีนเขา							
ตรวจสอบสถาบัน							
1. กรุณากรอกข้อมูลในตารางด้านบนสำหรับกรณีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกต่อแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg (+)) ในการตรวจก่อนคลอดและติดตามและตรวจอย่างสม่ำเสมอหลังคลอด 2. รายการตรวจขึ้นอยู่กับกรณีของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ							

◎ สำหรับสตรีมีครรภ์ที่มีผลบวกต่อแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) โปรดจำสิ่งต่อไปนี้!

- ทารกควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBIG) และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีโดยเร็วที่สุดหลังคลอด ยิ่งเร็วยิ่งดีไม่เกิน 24 ชั่วโมงและอายุควรอยู่หลังจากฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีเข็มที่สามเสร็จแล้วแอนติเจนที่พื้นผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และแอนติบอดีที่พื้นผิว (anti-HBs) ได้รับการทดสอบเมื่อมีอายุ 12 เดือน
- ขอให้แพทย์ช่วยในการประเมินหากมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อในแนวตั้งของแม่สู่ลูก (ความเข้มข้นของไวรัสตับอักเสบบีในเลือด $\geq 10^6$ IU / mL) โปรดส่งปรึกษาแพทย์ระบบทางเดินอาหารและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิด B โอกาสที่จะเป็นโรคตับอักเสบบี

◎ แม้เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีส่วนทารกแรกเกิดที่ได้รับวัคซีนตามกำหนดยังสามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ

◎ สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีหากการทำงานของตับเป็นปกติโดยหลักการแล้วแนะนำให้ตรวจซ้ำทุก ๆ 6 เดือนถึง 1 ปีหากการทำงานของตับผิดปกติแพทย์จะกำหนดเวลาตรวจการทำงานของตับและอัลตราซาวด์อีกครั้ง

◎ การรักษาโรคตับอักเสบบีในปัจจุบัน

รวมถึงอินเตอร์เฟอรอน (interferon) และยาต้านไวรัส: เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ กรมประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการ "แผนปรับปรุงผลประโยชน์ทางการแพทย์การประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้ป่วยเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีและผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีที่ติดเชื้อ" โดยให้การดูแลติดตามผลทุก ๆ 6 เดือน สำหรับการกระจายและโรงพยาบาลเฉพาะ ฯลฯ โปรดดูเพิ่มเติมที่เว็บไซต์ "บริการดูแลสุขภาพ" (<https://www.nhi.gov.tw>).

MEMO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

MEMO



หัวข้อ: คู่มือสุขภาพคนท้อง

โดย: กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการกรมอนามัยแห่งชาติ (มอบหมายให้สมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งไต้หวันตีพิมพ์)
จัดพิมพ์โดย: กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการกรมอนามัยแห่งชาติ

ที่อยู่: 36 Tacheng street, Datong District, Taipei (Taipei Office)

เว็บไซต์: <http://www.hpa.gov.tw/>

โทร: (02) 2522-0888

วันที่ตีพิมพ์: ปี 2022 เดือน 7

ครั้งที่ตีพิมพ์(ปรับปรุง): ครั้งที่ 5

จำนวนฉบับ: 6000 ฉบับ

คำอธิบายของเวอร์ชันประเภทอื่น ๆ :

หนังสือเล่มนี้มีอยู่ในเว็บไซต์ของกรมอนามัยแห่งชาติของกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ
(<http://www.hpa.gov.tw/>) และเว็บไซต์ Health 99 (<http://health99.hpa.gov.tw/>)

ราคา: NT \$ 18

สำนักงานบริหารการและการขาย

ไทเป: ร้านหนังสือแห่งชาติ

ที่อยู่: 1 / F and 2 / F, 209 Songjiang Road, Taipei, 10485

โทร: (02) 2518-0207

ไถจง: Wunan Cultural Plaza

ที่อยู่: No.6, Zhongshan Road, Central District, Taichung City, 40042

โทร: (04)2437-8010

GPN: 1011101063

ISBN: 978-626-7137-44-4

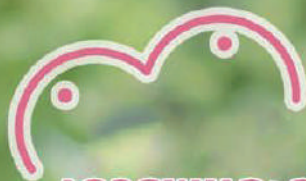
เจ้าของลิขสิทธิ์: กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการกรมอนามัยแห่งชาติ

©สงวนลิขสิทธิ์ รูปแบบการใช้หรือโฆษณาใดๆบางส่วนทั้งหมด ควรได้รับอนุญาตจากผู้ถือลิขสิทธิ์กรมอนามัยแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ROC กรุณาติดต่อกรมอนามัยแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ROC (โทร:02-25220888)

©All rights reserved. Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. Please contact with Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (TEL : 886-2-25220888)

สิ่งพิมพ์นี้ได้รับทุนจากกองทุนป้องกันอันตรายจากยาสูบและกองทุนคุ้มครองสุขภาพของสำนักงานบริหารการส่งเสริมสุขภาพ

This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and Health Protection Funds of Health Promotion Administration.



เคารพและสนับสนุนสิทธิของ มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่



สำนักงานบริหารการส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขขอเตือนคุณ

“สำนักงานบริหารสุขภาพแห่งชาติของกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการห่วงใยคุณตาม ”ข้อบังคับว่าด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สาธารณะ“
ห้ามมิให้ผู้ใดห้ามขับไล่หรือขัดขวางไม่ให้สตรีให้นมบุตรในที่สาธารณะ ผู้ฝ่าฝืนจะถูกปรับตั้งแต่ 6,000 หยวนขึ้นไปหรือน้อยกว่า 30,000 หยวน”



สำนักงานบริหารการส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
บริการนี้ได้รับทุนจากภาคเอกชนและสวัสดิการยาสูบ

สายด่วนดูแลสุขภาพ 0800-870870



เว็บไซต์กรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่แย่

สูบบุหรี่

บุหรี่มือสามเป็นอนุภาคพิษที่ติดมากับเสื้อผ้าเฟอร์นิเจอร์
ตึกตากลหลังจากสูบบุหรี่แล้วและยังคงอยู่อย่างน้อยหก
เดือนสิ่งนี้ไม่เพียงแต่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบ
บุหรี่สมาชิกในครอบครัวและโดยเฉพาะเด็กทารกเท่านั้น!"
แม้แต่คนที่ฉันทักยังได้รับอันตราย



ความสุขที่มีค่า และความ กตัญญูที่อบอุ่นตลอดชีวิต

โปรดปกป้องเด็กหญิงโดยไม่คัดกรองเพศการตั้งครรภ์



กระทรวงสาธารณสุขและส
วัสดิการกรมอนามัยแห่งชาติ
<http://www.hpa.gov.th>

เขียนโดยและจัดทำโดยสำนักงานบริหารงานสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ





รายชื่อของผู้ที่คาดว่าจะ
ตั้งครรถ์

อย่าลืมนำคู่มือสุขภาพมารดาของคุณไปด้วย
ขณะทำการตรวจก่อนคลอด

หากคุณพบหนังสือเล่มเล็กนี้โปรดติดต่อเจ้าของ (โทรศัพท์ :)
หรือนำส่งสำนักสาธารณสุข (ศูนย์) ที่ใกล้ที่สุดหรือโรงพยาบาล / คลินิก ที่คุณพบ
เพื่อที่จะส่งคืนหนังสือเล่มเล็กนี้ได้ ขอขอบคุณ !



เรียบเรียงและพิมพ์โดย: กระทรวงสาธารณสุขและส
วสดีการกรมอนามัยแห่งชาติ
ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ได้รับการสนับสนุนจากภาวสุขภาพและสวัสดิการ
รมาฐานของสำนักงานบริหารการส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ

ที่อยู่ : เลขที่36 ถนนถ้ำแจ้ง เขตตลิ่ง เมืองไทเป (สำนักงานไทเป)
โทรศัพท์ : (02)2522-0888
แฟกซ์ : (02)2522-0629
สายด่วนดูแลมารดา: 0800-870870
ปีที่ตีพิมพ์ 2022

ISBN 978-626-7137-44-4



9 786267 137444

GPN : 1011101063

ราคา: NT \$ 18