

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 099/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ИСТОРИЯ РОДОВ
для колхозного родильного дома
(фельдшерско-акушерского пункта)

Фамилия, имя, отчество _____

Местожительство _____
район, село, колхоз

Поступила _____ 20 г. Выписана _____ 20 г.
число, месяц число, месяц

Возраст _____ Национальность _____

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЯХ

Число родов в срок _____, преждевременных _____,
абортов _____. Родила живых _____, мертворожденных _____

ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Размеры таза _____
Окружность живота _____, высота матки _____
Положение плода _____, сердцебиение _____
Предлежащая часть _____, где находится _____
Выделение из влагалища _____

РОДЫ:

Схватки начались _____ числа _____ час, воды отошли _____ числа
_____ час, _____ мин.

Младенец родился _____ час., _____ мин., _____ числа _____ месяца.

Послед вышел через _____ час., _____ мин., детское место отделилось
все, под сомнением (подчеркнуть).

Оболочки отделились все, под сомнением (подчеркнуть).

Роды в срок, преждевременные (подчеркнуть), на какой неделе беременности _____

Обезболивание (чем) _____ результат _____

Особенности течения родов и пособия _____

Состояние промежности: цела, нарушена (подчеркнуть) _____

ПЛОД:

Мальчик, девочка (подчеркнуть).

Живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть).

Масса (вес) _____, рост _____ Особенности плода _____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
Оборотная сторона ф. N 099/у

ДНЕВНИК

| Числа месяца | День после родов | Темпе- ратура матери | Течение после- родового периода | Состояние новорож- денного | Назначения | |
|-----------------|------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------|---------------------|
| | | | | | матери | новорож- денному |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Состояние при выписке: матери _____

Ребенка _____

Если переведена в больницу, то по какому поводу и куда _____

Зав. колхозным родильным домом _____
подпись

Зав. фельдшерско-акушерским пунктом _____
подпись