



Mã KH (nếu có)

PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE ĐỂ XÉT DUYỆT THAM GIA LƯU GIỮ TẾ BÀO GỐC

I. THÔNG TIN VỀ THAI PHỤ (bắt buộc phải có)

Họ và tên (chữ in hoa): Ngày tháng năm sinh:

II. THÔNG TIN VỀ LẦN MANG THAI NÀY

Tuổi của sản phụ tại thời điểm thụ thai:tuổi; Sinh con lần thứ:

Lần mang thai này là: Thai một Thai đôi Thai thụ tinh trong ống nghiệm

III. TIỀN SỬ BỆNH TẬT CỦA THAI PHỤ (do bác sĩ khám thai hỏi và ghi):

Bệnh phụ khoa:.....

Bệnh nội, ngoại khoa:.....

Đặc điểm của thai phụ:.....

IV. KHÁM LÂM SÀNG VÀ THAI SẢN (do bác sĩ khám thai thực hiện)

Chiều cao:cm ; Cân nặng:kg; Tăngkg so với trước khi có thai.

Mạch: lần/phút ; Nhiệt độ:⁰C Huyết áp động mạch:/..... mmHg.

Kỳ kinh cuối cùng ngày..... thai tuần thứ.....

Diễn biến phát triển của thai nhi.....

Dự kiến ngày sinh:/...../.....; Dự định mổ đẻ (nếu đã biết): Có Không

Đánh giá của bác sĩ khám thai về thể trạng chung của sản phụ và sự phát triển của thai nhi:

Sản phụ đủ điều kiện sức khỏe tham gia dịch vụ lưu trữ tế bào gốc Có Không

Ghi chú:

V. CHỈ ĐỊNH XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC THEO MẪU ĐÍNH KÈM

Có Không

(do bác sĩ khám thai ký phiếu chỉ định xét nghiệm)

Ngày tháng năm

Họ tên, chữ ký của bác sĩ khám thai