

إلى وحدة تشغيل ورشة عمل نقل الدم/طب نقل الدم

- × اللقب والاسم.....اللقب والاسم
- × تاريخ ومكان الميلاد.....تاريخ ومكان الميلاد
- × رقم الهاتف.....رقم الهاتف
- × طبيب عام ..... هاتف ..... طبيب عام
- × طبيب نسائي..... هاتف ..... طبيب نسائي
- × قابلة..... هاتف ..... قابلة
- × منشأة مستشفى ..... قابلة تاريخ ..... منشأة مستشفى

|  |   |
|--|---|
| مرحلة الحمل الحالية  | أسبوع.....<br>آخر يوم للدورة الشهرية.....<br>تاريخ الاستحقاق المتوقع.....   |
| الحمل السابق   | عندد (السنة اوسنوات)..... رقم <input type="checkbox"/> SI/نعم<br><input type="checkbox"/> NO/لا                                       |
| الولادة السابقة، والتطعيمات السابقة (الإجهاض، بزل السلى، أخذ عينات من الزغابات المشيمية، وما إلى ذلك | عندد (السنة اوسنوات)..... رقم <input type="checkbox"/> SI/نعم<br><input type="checkbox"/> NO/لا                                       |
| الوقاية المناعية المضادة للفيروس   | عندد (السنة والشهر)..... <input type="checkbox"/> SI/نعم<br><input type="checkbox"/> NO/لا<br><input type="checkbox"/> NON SO/لا أعرف |
| هل سبق لك أن أجريت عمليات نقل دم؟  | عندد (السنة اوسنوات)..... <input type="checkbox"/> SI/نعم<br><input type="checkbox"/> NO/لا   |
|  | هل تخططين للولادة خارج المستشفى؟ <input type="checkbox"/> SI/نعم<br><input type="checkbox"/> NO/لا                                    |

التوقيع