



ALLA U.O. OFFICINA TRASFUSIONALE/MEDICINA TRASFUSIONALE
医院的输血科/输血医学科

- 姓名
- 出生日期和出生地点
- 电话号码
- 家庭医生 电话
- 妇科医生 电话
- 助产士 电话

日期 医疗机构

• 当前妊娠段	孕周 末次月经日 预产期
• 既往的怀孕史	SI 有 <input type="checkbox"/> N° 何时 (年份) NO 没有 <input type="checkbox"/>
• 既往的生育史、既往的导致免疫化的事件 (流产、羊膜穿刺术、绒毛取样等)	SI 有 <input type="checkbox"/> N° 何时 (年份) NO 没有 <input type="checkbox"/>
• 注射人抗 D 免疫球蛋白史	SI 有 <input type="checkbox"/> 何时 (年份和月份) NO 没有 <input type="checkbox"/> NON SO 不清楚 <input type="checkbox"/>
• 您以前接受过输血吗?	SI 有 <input type="checkbox"/> N° 何时 (年份) NO 没有 <input type="checkbox"/>
• 您打算在医院以外的场所分娩吗?	SI 有 <input type="checkbox"/> NO 没有 <input type="checkbox"/>

签名
