

Allergies
(place Allergy
sticker here)

Obstetrical Record Keeping System

Arizona Section, American College of Obstetricians & Gynecologists

Patient Name _____ **ALLERGIES** _____
 Address _____ Insurance _____ Pre Cert. _____
 City/State/Zip _____ Delivery Hospital _____ Pediatrician _____
 Home Phone _____ Work Ph. _____ Obstetrician _____ Breast _____ Bottle _____
 Occupation _____ Baby's Father's Name _____ Age _____
 Date of Birth _____ Age _____ Occupation _____ Wk Phone _____
 Marital Status _____ Social Security _____ Racial Background: Patient _____ Father _____

PREGNANCY HISTORY Grav _____ Para _____ SAB _____ T/EAB _____ Stillborn _____ Neonatal Death _____ Other Loss _____ Premature _____

No.	Date	Weeks	Sex	Wt.	Delivery Mode	Length of Labor	Obstetrical Problems	Neonatal Problems

LABORATORY STUDIES

BASIC PRENATAL SCREEN

Date _____
 WBC _____
 HGB _____ HCT _____
 MCV (90±9µm³) _____

BLOOD TYPE & RH

Atypical Antibodies _____
 Serology _____
 Rubella Screen _____

DATE RESULT

Urinalysis _____
 HBSAg _____
 Triple/Quad Screen _____

PAP SMEAR

GLUCOSE SCREEN

Date _____ Fasting _____ 1 hr. _____

REPEAT ANTIBODY SCREEN 24 wks ±, if Rh-Neg.

Date _____ Results _____

OPTIONAL LAB STUDIES

	DATE	RESULT
CF Screen	_____	_____
GC Screen	_____	_____
Chlamydia	_____	_____
HIV Screen	_____	_____
Sickle Cell	_____	_____
Herpes	_____	_____
Drug Screen	_____	_____
Group B Strep	_____	_____
Fetal Fibrinectin	_____	_____
NT/1st Trimester Screen	_____	_____
Varicella Screen	_____	_____
Repeat Urinalysis	_____	_____
Glucose Tolerance	_____ Hr _____	Result _____
IgG/IgM antibodies	_____	_____

REPEAT HGB/HCT

Date _____ Results _____

Other: _____

INITIAL PHYSICAL EXAMINATION

Wt _____ Pre-OB Wt _____ Height _____

BP _____ Pulse _____ HEENT _____

Thyroid _____

Breasts _____

Heart _____

Lungs _____

Abdomen _____

Back _____

Extremities _____

Vulva _____

Vagina _____

Cervix _____

Uterus _____ est. wks.

Adnexae _____

Pelvis _____

REMARKS

Exam by _____

Date _____

Check here if Physical Exam was dictated

DETERMINATION OF GESTATIONAL AGE

LMP _____

Cycle length _____

Menstrual EDC _____

Date of Conception (if known) _____

Ultrasound EDC _____

Date Performed _____

ADDITIONAL ULTRASOUND DATA (OPTIONAL)

Date _____ Findings _____

Date _____ Findings _____

Date _____ Findings _____

CLINICAL EDC _____ **AS OF** _____

The **CLINICAL EDC** is the physician's best estimate of the due date and is the date used for clinical management.

OBSTETRICAL MEDICAL HISTORY, PAGE 2

10. Do you have any religious or other objections to any form of medical treatment you would like to make us aware of (i.e. refusal of blood transfusion)? _____

11. Do you have any special needs for: Hearing: Yes No Vision: Yes No Language: Yes No

FAMILY HISTORY & GENETIC HISTORY

1. Have either you or the baby's father had a child born with a birth defect? Yes No
If yes, please describe: _____

2. Did either you or the baby's father have a birth defect yourselves? Yes No
If yes, please describe: _____

3. Please describe any abnormalities that have occurred in children in your family or the baby's father's family (for example, mental retardation, birth defects, deformities, or inherited diseases like hemophilia, muscular dystrophy or cystic fibrosis). _____
How is the affected child/person related to you? _____

4. Do either you or the baby's father have a history of pregnancy losses (miscarriages or stillborn)? Yes No
If yes, have either of you had genetic counselling? Yes No
If yes, have either of you had chromosomal studies? Yes No
Where and results: _____

5. Some genetic problems occur more in couples with certain racial or ancestral backgrounds. Please check if either you or the baby's father is of one of these backgrounds:

Jewish ancestry? Yes No If yes, have you had Tay-Sachs screening tests? Yes No
Date: _____ Result: _____

African-American? Yes No If yes, have you had Sickle Cell screening? Yes No
Date: _____ Result: _____

6. Please mark if anyone in your family or the baby's father's family has:

- Diabetes Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- Bleeding Disorder Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- High Blood Pressure Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- Cancer Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- Hepatitis Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- HIV Yes No If yes, how is that person related to you? _____
- Twins/multiple gestation pregnancy Yes No If yes, how is that person related to you? _____

7. Please list any other concerns you have about birth defects or inherited disorders:

8. Will you be 35 or older at the time the baby is born? Yes No

9. Will the father be 50 or older? Yes No

Patient Signature

Print Name

Date

Physician Notes: _____

Patient Name _____

DELIVERY INFORMATION

Delivery date _____ Weeks gest. _____ Delivered by _____ Hospital _____

Labor

- Augmented
- Induced
- No labor
- Spontaneous

Vaginal Delivery

- Classical
- Episiotomy
- Forceps
- Lacerations
- Vacuum
- VBAC
- SVD

Cesarean Delivery

- Primary (for _____)
- Repeat Elective
- Repeat/Failed VBAC

Incision

- Low Transverse
- Low Vertical

Anesthesia

- Epidural
- General
- Local
- None
- Spinal
- Other

Tubal Sterilization

- Yes No

Length of labor _____

Comments _____

NEWBORN INFORMATION

Baby's name _____ Gender _____ Pediatrician _____

Birth weight _____ Apgar _____ Cord PH _____

Complications _____ Anomalies _____

Disposition Home with Mother Infant in hospital Neonatal death Stillbirth

Comments _____

POSTPARTUM INFORMATION

Breast feeding Bottle feeding Contraceptive Method _____

Length of stay _____ Immunizations: D(Rho[D]) Immune Globulin Rubella Other _____

Medications/Special Instructions _____

PP Complications: None Hemorrhage Infection Hypertension Other _____

Other Medical problems _____

Comments _____

POSTPARTUM VISIT NOTE

Date _____ Allergies _____ Medication/Contraception _____

Weight today _____ Pre-OB weight _____ BP _____ Pulse _____

Labs

- Hgb
- Hct
- Other _____

Pap

Last Pap done _____ Results _____
Pap due date _____ Pap done today? Yes No

Physical Exam (check if normal):

- Abdomen Cervix Extremities Rectal Vagina
- Adnexae Episiotomy Incision (C/S) Uterus Vulva Other _____

Breast Exam _____ Instructed in Self Breast Exam _____

Remarks _____

Exam by _____ Return Visit _____

HISTORIA MEDICA DE OBSTÉTRICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Completar el Formulario _____

NOTAS DE EL MEDICO

HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD

1. ¿Tiene alergia a alguna medicina? Sí No

Si es sí, Favor de hacer una lista: _____

2. Por favor marque cualquier condición que usted tiene o halla tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden de Sangramiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñón |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Estreptococo Grupo B | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida) |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal | <input type="checkbox"/> Herpes | |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional | | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | |

Describe si es necesario: _____

3. Favor de indicar cualquier operación o cirugía que ha tenido: _____

4. Por favor describa cualquier problema de salud o síntoma que usted tiene en este momento: _____

EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:

1. ¿Usa tabaco? Sí No Si es sí, ¿Cuanto por día? _____

2. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Si es sí, ¿Con que frecuencia? _____
¿Que tipo de bebida(s)? _____

3. Por favor liste cualquier medicina tomada desde su ultimo período, incluyendo medicina disponible sin receta: _____

4. ¿Ha recibido vacuna contra la influenza (gripe)? Sí No Si es sí, Cuando? _____

5. Por favor liste cualquier droga usada en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, metanfetamina, etc.: _____

Fecha de ultimo uso de drogas: _____

6. ¿Tiene usted historia de transfusion de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bisexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón para creer que fue expuesto a el SIDA? _____

7. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: rayos-x)? Sí No

8. ¿Está usted en una dieta especial? Sí No Si es sí, por favor describa: _____

9. ¿Tiene usted gatos? Sí No

HISTORIA GINECOLÓGICA DE SALUD

1. ¿Cuándo fue su último ciclo menstrual (período)? _____

2. ¿Cuándo fue su última prueba de papanicolaou? _____

¿Ha tenido un papanicolaou anormal? Sí No

Si es sí ¿Cuándo? _____ ¿Cual fue el diagnostico? _____

¿Qué se hizo al respecto? _____

3. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad inflamatoria pelvica? Sí No

Si es sí, ¿Cuándo y donde recibió tratamiento? _____

4. ¿Ha tenido Herpes? Sí No

5. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma? Sí No

6. ¿Usa usted anticonceptivos? Sí No Si es sí, ¿Qué tipo? _____

7. ¿Ha tenido infecciones de la vejiga o riñon? Sí No

Si es sí, ¿Que se hizo al respecto? _____

8. ¿Tiene usted historia de infertilidad? Sí No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. _____

Firma del Paciente _____

Nombre en letra de Imprenta _____

Fecha _____

