Nama Dokter : ………..………..………..………..

Faskes : ………..………..………..………..

**EVALUASI KESEHATAN IBU HAMIL**

**Evaluasi Kesehatan Ibu**

Tanggal Periksa:

| TB | {tb} cm | IMT | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BB | {bb} kg | Kurus | Normal | Obesitas |
| Lila | {lila} cm |  |  |  |

**Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang**

| Hipertensi | Asma |
| --- | --- |
| Jantung | TB |
| Tyroid | Hepasitis B |
| Alergi | Jiwa |
| Autoimun | Sifilis |
| Diabetes |  |
| Lainnya |  |

Lingkari pilihan yang sesuai

**Status Imunisas**i **T**

| **TT ke-** | **Selang Waktu** | **Perlindungan** | **✔** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | awal |  |
| 2 | 1 Bulan | 3 Tahun |  |
| 3 | 6 Bulan | 5 Tahun |  |
| 4 | 12 Bulan | 10 Tahun |  |
| 5 | 12 Bulan | >52 Tahun |  |

Kesimpulan: Status Imunisasi

Riwayat Perilaku Beresiko 1 Bulan sebelum hamil

| Merokok | Pola Makan Beresiko | Aktifitas Fisik Kurang |
| --- | --- | --- |
| Alkohol | Obat-obatan | Kosmetik |

Lingkari pilihan yang sesuai

Lain-lain, jelaskan

**Riwayat Kehamilan dan Persalinan (termasuk Keguguran, Kembar, dan Lahir Mati)**

| **No** | **Tahun** | **Berat Lahir (gram)** | **Persalinan** | **Penolong Persalinan** | **Komplikasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Riwayat Penyakit Keluarga

| Hipertensi | Diabetes | Sesak Nafas | Lain-lain, jelaskan |
| --- | --- | --- | --- |
| Jantung | TB | Alergi |
| Jiwa | Kelainan Darah | Hepasitis B |

**Pemeriksaan Khusus**

| Inspeksi/Inspekulo | Vulva | Normal | | Tidak Normal |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Uretra | Normal | | Tidak Normal |
| Vagina | Normal | | Tidak Normal |
| Fluksus +/– | | Fluor +/– | |
| Porsio | Normal | | Tidak Normal |