

--	--	--	--	--	--	--

CONTENTS

- I PREGNANCIES
- II FIRST ANTENATAL VISIT
- III ILLNESSES AND OPERATIONS IN PREGNANCY
- IV MEDICATION
- V ULTRASOUND SCANS
- VI SCREENING TEST FOR FETAL ABNORMALITY
- VII X-RAYS
- VIII BLOOD TESTS
- IX ABNORMAL URINE TESTS
- X TESTS & INVESTIGATIONS (not elsewhere classified)
- XI LABOUR RECORD
- XII NEONATAL RECORD

PNO

--	--	--

Type of care: Hospital=1
GP=3

Shared=2
Other=4

--

Date of first hospital visit

--	--	--	--	--	--

I PREGNANCIES

Total pregnancies following

--	--

Pregnancy no	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																				
Source	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking																																																																								
Date of Birth or pregnancy end	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Mth</td><td>Yr</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Day	Mth	Yr			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Mth</td><td>Yr</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Day	Mth	Yr			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Day</td><td>Mth</td><td>Yr</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Day	Mth	Yr																																												
Day	Mth	Yr																																																																									
Day	Mth	Yr																																																																									
Day	Mth	Yr																																																																									
Gestation	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Weeks			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Weeks			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Weeks																																																																				
Outcome	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole																																																																								
Delivery	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known																																																																								
Sex	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known																																																																								
Birthweight	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>lb</td><td>oz</td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> gm					lb	oz																			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>lb</td><td>oz</td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> gm					lb	oz																			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>lb</td><td>oz</td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> gm					lb	oz																		
lb	oz																																																																										
lb	oz																																																																										
lb	oz																																																																										
Abnormalities or problems with baby	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known																																																																								
If yes: please describe	_____	_____	_____																																																																								
ICD	i <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ii <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									i <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ii <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									i <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ii <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																								

I CONT.

Pregnancy no	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Source	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking	1=Hospital original obstetric record <input type="checkbox"/> 2=Hospital history taking 3=GP original obstetric record 4=GP history taking
Date of Birth or pregnancy end	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Mth Yr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Mth Yr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Mth Yr
Gestation	<input type="text"/> <input type="text"/> Weeks	<input type="text"/> <input type="text"/> Weeks	<input type="text"/> <input type="text"/> Weeks
Outcome	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole	1=livebirth <input type="checkbox"/> 2=miscarriage 3=stillbirth 4=termination 5=ectopic 6=hydatidiform mole
Delivery	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known	1=normal <input type="checkbox"/> 2=assisted 3=caesarian 8=N/A 9=not known
Sex	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known	1=male <input type="checkbox"/> 2=female 9=not known
Birthweight	lb oz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gm	lb oz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gm	lb oz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gm
Abnormalities or problems with baby	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known	1=yes <input type="checkbox"/> 2=no 9=not known
If yes: please describe	_____	_____	_____
ICD	i <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ii <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	i <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ii <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	i <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ii <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

--	--	--	--	--	--	--

II FIRST ANTENATAL VISIT

Available & complete=1
Incomplete=2

Date at first visit Day Month Year

--	--	--	--	--	--

Gestation at first visit weeks

--	--

Date last menstrual period Day Month Year

--	--	--	--	--	--

Expected date delivery Day Month Year

--	--	--	--	--	--

Revised EDD? Yes=1 No=2

If Yes: Reason for revision and revised date Day Month Year

--	--	--	--	--	--

Age at menarche Years

--	--

Height cm or ft in

--	--	--	--	--	--

Weight kg or st lb

--	--	--	--	--	--

Blood pressure systolic diastolic

--	--	--	--	--	--

Smoking Yes=1 No=2 NK=9

If Yes: Number of cigarettes smoked a day

--	--

V ULTRASOUND SCANS

Available & complete=1
 Incomplete=2

Total scans following

Reason	Gestation			Code
	weeks	Day	Month Year	
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

VI SCREENING TESTS FOR FETAL ABNORMALITY

Available & complete=1
 Incomplete=2

	Yes=1	Day Month Year			Result		Code
	No=2						
Amniocentesis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CVS	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Chordocentesis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AFP level	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
UE ₃ level	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
hCG level	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAP score	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Comment: _____

--	--	--	--	--	--	--

VII X-RAYS

Available & complete=1
 Incomplete=2

Total X-rays following

	Gestation		Day Month Year			Code	
	weeks		Day	Month	Year		
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VIII BLOOD TESTS

Available & complete=1
 Incomplete=2

Group and Rhesus Factor (positive=1, negative=2) Group Rh

Rhesus antibodies present Yes=1 No=2 NK=9

WR and Kahn reaction (or VDRL AND TPHA) Positive=1 Negative=2 NK=9

Total haemoglobins following

Haemoglobin (including dates)

Percent <u>or</u> grams	Gestation		Day Month Year				
	Percent	grams	weeks	Day	Month	Year	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Abnormal blood tests (including rubella)

Code	Day	Month	Year
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX SPECIAL OR ABNORMAL URINE TEST RESULTS

Available & complete=1
 Incomplete=2

Total tests following

Type of test and result

Code	Day	Month	Year
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

X TESTS & INVESTIGATIONS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

Available & complete=1
 Incomplete=2

Total tests following

Description

Code	Day	Month	Year
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

XI LABOUR RECORD

Available & complete=1
 Incomplete=2

1 Spontaneous labour?

Yes=1 No=2 NK=9

2. Prostaglandin pessaries?

Yes=1 No=2 NK=9

3. Artificial rupture of membranes?

Yes=1 No=2 NK=9

If Yes: before labour=1 during labour=2

--	--	--	--	--	--	--

OBSTETRIC ABSTRACTION

4. Oxytocic infusion? Yes=1 No=2 NK=9

If Yes: to induce labour=1 to augment labour=2

5. Caesarean? Yes=1 No=2 NK=9

If Yes: emergency-before onset=1 emergency-after onset=2
planned-before onset=3 planned-after onset=4 uncertain=9

6. Complications in labour? Yes=1 No=2 NK=9

Total complications following

ICD Code
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

7. Delivery: Normal SVD=1 Caesarean cephalic=5
Breech=2 Caesarean breech=6
Forceps cephalic=3 Caesarean transverse lie=7
Forceps breech=4 Ventouse=8
Not recorded=9

8. Placenta
Placental weight (grams)

Abnormality (specify) Yes=1 No=2
ICD Code

Number of cord vessels

9. Duration of labour

	Hours	Mins
1st stage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2nd stage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3rd stage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

OBSTETRIC ABSTRACTION

4. Birthweight gm **or** lb oz

5. Head circumference cm . **or** in .

6. Length cm . **or** in .

7. Time to first gasp or cry less than one minute Yes=1 No=2 NK=9

8. Time to regular respirations (if < one minute code = 00) minutes

9. Apgar score 1 minute
5 minutes
10 minutes

10. Number of umbilical vessels

11. Baby's blood group (if known) Rhesus: +ve=1 -ve=2

12. Vitamin K given? Yes=1 No=2 Not recorded=7
If Yes: oral=1 IM=2 NK=9
Specify name of preparation, if available (eg Konakion, Synkavit etc)

Reason given if recorded (if NONE, state)

Age when given (within an hour of birth = 00) Hours Days

Dose mg .

Number of doses

13. Single palmar crease Righthand: Yes=1 No=2
Lefthand: Yes=1 No=2

14. Problems at birth (specify)

ICD Code

15. Congenital malformations (specify)

ICD Code

16. Other problems (specify)

ICD Code

17. Jaundice

Yes=1 No=2 NK=9

Max bilirubin

mg/100 ml

--	--

or

μmol/l

--	--	--	--

Age (days)

--	--

Phototherapy

Yes=1 No=2

18. Drugs and other treatments

Total drugs following

--	--

Details

age (days)

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Code

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

19. X-rays

Total X-rays following

--	--

Reason

Date
Day Month Year

Age
(days)

Code

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

20. Scans

Total scans following

--	--

Reason

Date
Day Month Year

Age
(days)

Code

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

21. Any other special investigations?

Yes=1 No=2 NK=9

--

If Yes: Specify, including results

Date
Day Month Year

Code

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

22. Baby admitted to SCBU?

Yes=1 No=2 NK=9

--

If Yes: Duration of stay (days)

--	--	--

Specify if separate neonatal notes should be available with hospital number if known

23. Feeding: breast=1, formula=2

initial

--

breast and formula=3

discharge

--

mixed=4

postnatal

--

Date
Day Month Year

24. Child's date of discharge

--	--	--	--	--	--

Discharged to: Home=1 GPU=2 Other hospital=3

--

25. If baby transferred to another hospital for treatment please give hospital name and address

