

جدول شماره یک: گزارش ماهانه مادران در معرض خطر مرگ (موارد صدور کارت قرمز) مرکز بهداشتی درمانی/بیمارستان/مرکز خصوصی..... ماه.....سال.....شهرستان.....

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	سن مادر	سن بارداری (به هفته)	G-P-Ab-Ic (از چپ به راست فقط عدد ذکر شود)	سابقه بیماری قبلی	تشخیص فعلی	نام و شماره تماس مرکزی که مادر تحت پوشش آن است	ادرس محل سکونت و شماره تلفن همراه	صادرکننده کارت قرمز
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده :