

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی: سن: نام و نام خانوادگی همسر:

آدرس / تلفن:

تاریخ و ساعت پذیرش:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

علائم خطر فوری (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تشنج	اختلال هوشیاری / شوک	خونریزی	تنفس مشکل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دستوشی شانه	وارونگی رحم	احتباس جفت	

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان: سن بارداری:

نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین گروه خونی و ارهاش:

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

فشارخون: درجه حرارت: نبض: تنفس:

دیلاتاسیون و افاسمان: ایستگاه و وضعیت عضو نمایش: نمایش جنین:

وضعیت کیسه آب: سالم پاره شده خود به خودی پاره شده توسط عامل زایمان زمان پارگی: دقیقه / ساعت

وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف خونی آغشته به مکنونیم

تعداد ضربان قلب جنین: در دقیقه وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی غیر طبیعی

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آتونی	زایمان سخت	سزارین یا جراحی رحم و شکم	مرگ نوزاد	مرده زایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
جنین ناهنجار	زایمان سریع	نازایی	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	

موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فشارخون بالا	نمایش غیرطبیعی	تب	گراند مولتی پار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لکه بینی	آتمی متوسط تا شدید	جنین ناهنجار	ماکروزومی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زجر جنین / دفع مکنونیم	ابعاد نامتناسب لگن	چندقلویی	مرگ جنین
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زایمان زودرس	ارهاش منفی	شکم اول زیر ۱۸ سال	HBsAg مثبت یا ابتلا به هپاتیت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زایمان دیررس	اعتیاد به مواد مخدر	شکم اول بالای ۳۵ سال	هرپس ژنتیک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پارگی کیسه آب	الیکو هیدرآمنیوس / تأخیر رشد داخل رحمی	ضایعات او	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پرولاپس بندناف	پلی هیدرآمنیوس	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	بیماری

بخش ۵: مشخصات، ارزیابی و مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکنیوم داشتن تنفس یا گریه کردن تون عضلانی مناسب سن بارداری ترم هفته

نمره آپگار: دقیقه اول: دقیقه پنجم:

تعداد و جنسیت نوزاد: پسر دختر نامعلوم

تاریخ و ساعت معاینه: قد: وزن: دور سر:

اجزای ارزیابی	اقدام و توصیه ها
<p>نشانه های خطر:</p> <p><input type="checkbox"/> تنفس تند</p> <p><input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری</p> <p><input type="checkbox"/> تنفس کند</p> <p><input type="checkbox"/> تشنج</p> <p><input type="checkbox"/> تو کشیده شدن شدید قفسه سینه</p> <p><input type="checkbox"/> درجه حرارت بالا</p> <p><input type="checkbox"/> ناله کردن</p> <p><input type="checkbox"/> درجه حرارت پایین</p> <p><input type="checkbox"/> تونیسته عضلانی غیر طبیعی</p> <p><input type="checkbox"/> رنگ پریدگی یا سیانوز</p> <p><input type="checkbox"/> غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب</p> <p><input type="checkbox"/> نبض غیر طبیعی اندام ها</p> <p><input type="checkbox"/> زردی ۲۴ ساعت اول</p> <p>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</p> <p><input type="checkbox"/> سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم</p> <p><input type="checkbox"/> سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته و وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم</p> <p>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</p> <p>ناهنجاری <input type="checkbox"/> نوع ناهنجاری</p> <p>صدمه زایمانی <input type="checkbox"/> نوع صدمه</p> <p>عفونت های موضعی</p> <p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها <input type="checkbox"/></p> <p>جوشهای چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر یا تاول بزرگ چرکی <input type="checkbox"/></p> <p>جوش چرکی کمتر از ۱۰ عدد در پوست <input type="checkbox"/></p>	<p>* در صورت نیاز به ارجاع، اقدامات پیش از ارجاع را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* در صورت عدم ارجاع، اقدامات انجام شده و توصیه ها را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* آموزش مراقبت از نوزاد</p> <p>علائم خطر <input type="checkbox"/> گرم نگه داشتن نوزاد <input type="checkbox"/> زمان مراقبت های معمول <input type="checkbox"/> مراقبت از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>مراقبت از بدنناف <input type="checkbox"/> پیشگیری از سوانح و حوادث <input type="checkbox"/> خواباندن نوزاد <input type="checkbox"/> حمام کردن <input type="checkbox"/></p> <p>خفته نوزاد پسر <input type="checkbox"/> ترشحات تناسلی نوزاد دختر <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/></p> <p>* ایمن سازی بدو تولد:</p> <p>تزریق ویتامین ک۱ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن ب ث ژ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن هپاتیت <input type="checkbox"/></p> <p>تجویز واکسن فلج اطفال <input type="checkbox"/></p> <p>* شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان <input type="checkbox"/></p>

اثر انگشت مادر	اثر کف پای نوزاد

بخش ۶: مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ساعت سوم تا زمان ترخیص						ساعت دوم پس از زایمان		ساعت اول پس از زایمان		زمان مراقبت	
										اجزای مراقبت	
										حال عمومی و سطح هوشیاری	
										میزان خونریزی و وضعیت رحم	
										وضعیت پرینه و محل بخیه	
										فشارخون	
										درجه حرارت	
										تعداد نبض	
										تعداد تنفس	
										دفع ادرار <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
										شروع مصرف مواد غذایی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
مسکن:			مولتی ویتامین:			آهن:					تجویز مکمل های دارویی

بخش ۷: مراقبت ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان

در صورتی که برای مادر بر اساس بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید.

تاریخ و ساعت	علت ارجاع	اقدام

بخش ۸: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بهداشت فردی	بهداشت روان	علائم خطر مادر و نوزاد	شیردهی	تنظیم خانواده	زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	

ساعت ترخیص: نام و امضاء عامل زایمان: نام و امضاء کمک کننده به زایمان: