

## فرم زایمان در منزل

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

تاریخ و ساعت ملاقات با مادر: آدرس / تلفن:

### بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

#### ارزیابی علایم خطر فوری

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تشنج	اختلال هوشیاری / شوک	تنفس مشکل	خونریزی

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

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم: گروه خونی و ارهانش:

فشارخون: درجه حرارت: نبض: تنفس:

دیلاتاسیون و افاسمان (باز و نرم شدن دهانه رحم): ایستگاه و وضعیت عضو نمایش: نمایش جنین:

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

وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف  خونی  آغشته به مکنونوم

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

#### سابقه و عوارض بارداری و زایمان قبلی (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سزارین، جراحی شکم و رحم	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا با وزن ۴۰۰۰ گرم و بیشتر	جنین ناهنجار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مردم زایی / مرگ نوزاد	زایمان سریع / زایمان سخت	خونریزی بارداری و پس از زایمان	

#### موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فشارخون بالا	اعتیاد به مواد مخدر	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	ارهانش منفی	لکه بینی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری	شکم اول	چندقلویی	جنین ناهنجار	رفتارهای پرخطر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضایعات ناحیه تناسلی	جنین درشت	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	زایمان زودرس	بارداری پنجم و بالاتر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ابعاد نامتناسب لگن	تأخیر رشد داخل رحمی	سن زیر ۱۸ سال	زایمان دیررس	کم خونی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زجر جنین و یا دفع مکنونوم	تب	سن بالای ۳۵ سال	جلو افتادن بندناف	نمایش غیرطبیعی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پارگی طولانی کیسه آب	مرگ جنین	نشئیدن یا غیرطبیعی بودن صدای قلب جنین			



### بخش ۴: مشخصات، ارزیابی و مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکونیوم  داشتن تنفس یا گریه کردن  تون عضلانی مناسب  رنگ صورتی  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: .....

اقدام و توصیه ها	اجزای مراقبت
<p>* در صورت نیاز به ارجاع، اقدامات پیش از ارجاع را بنویسید:</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><b>نشانه های خطر:</b></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"/> تونیسیته 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><b>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</b></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><b>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ناهنجاری ..... نوع ناهنجاری .....</p> <p><input type="checkbox"/> صدمه زایمانی ..... نوع صدمه .....</p> <p><b>عفونت های موضعی:</b></p> <p><input type="checkbox"/> تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم</p> <p><input type="checkbox"/> ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها</p> <p><input type="checkbox"/> جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر یا تاوول بزرگ چرکی</p> <p><input type="checkbox"/> جوش چرکی کمتر از ۱۰ عدد در پوست</p>
<p><b>*آموزش مراقبت از نوزاد</b></p> <p>علایم 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>ختنه نوزاد پسر <input type="checkbox"/> ترشحات تناسلی نوزاد دختر <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/></p> <p><b>* ایمن سازی بدو تولد:</b></p> <p><input type="checkbox"/> تزریق ویتامین ک۱</p> <p><input type="checkbox"/> تزریق واکسن ب ث ژ</p> <p><input type="checkbox"/> تزریق واکسن هپاتیت</p> <p><input type="checkbox"/> تجویز واکسن فلج اطفال</p> <p>* شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان: <input type="checkbox"/></p>	<p><b>اثر انگشت مادر</b></p>
<p><b>اثر کف پای نوزاد</b></p>	<p><b>اثر انگشت مادر</b></p>

بخش ۵: 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 پریته
									فشارخون
									درجه حرارت
									تعداد نبض
									تعداد تنفس
									دفع ادرار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
									شروع مصرف مواد غذایی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
									تجویز مکمل های دارویی <input type="checkbox"/> آهن: <input type="checkbox"/> مولتی ویتامین: <input type="checkbox"/> مسکن: <input type="checkbox"/>

موارد خطر بلافاصله پس از زایمان (نیازمند ارجاع فوری)

<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	شوکی / اختلال هوشیاری	<input type="checkbox"/>	نوزاد بد حال
<input type="checkbox"/>	خونریزی	<input type="checkbox"/>	پارگی ها	<input type="checkbox"/>	تنفس مشکل	<input type="checkbox"/>	وارونگی رحم
<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	عدم دفع ادرار تا ۶ ساعت پس از زایمان	<input type="checkbox"/>	احتباس یا باقی ماندن تکه ای از جفت		

بخش ۶: اقدامات پیش از ارجاع مادر در معرض خطر (در صورتی که برای مادر در معرض خطر اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید).

تاریخ و ساعت	علت ارجاع	اقدام

بخش ۷: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/>	بهداشت روان	<input type="checkbox"/>	علایم خطر مادر و نوزاد	<input type="checkbox"/>	شیردهی	<input type="checkbox"/>	تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/>	زمان و مکان ملاقات های بعدی
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------------

ساعت ترک منزل:

نام و امضای عامل زایمان:

نام و امضای کمک کننده به زایمان: