

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی:

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

آدرس / تلفن:

علت مراجعه:

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

مرده:

تعداد فرزندان: زنده

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

سن بارداری:

تاریخ تقریبی زایمان:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:

گروه خونی و ارهاش:

سزارین طبیعی با فورسپس یا واکيوم نوع زایمان قبلی: طبیعی

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

تنفس:

نبض:

درجه حرارت:

فشارخون:

نمایش جنین:

ایستگاه و وضعیت عضو نمایش:

دیلاتاسیون و افسمان:

وضعیت کیسه آب: سالم پاره شده خود به خودی پاره شده توسط عامل زایمان زمان پارگی: روز دقیقه/ ساعتوضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف خونی آغشته به مکنونیوم 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 | آنمی متوسط تا شدید | جنین ناهنجار | ماکروزومی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| زجر جنین/ دفع مکنونیوم | ابعاد نامتناسب لگن | چندقلویی | مرگ جنین |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| زایمان زودرس | ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر | 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 ژنیتال |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| پارگی کیسه آب | الگوهیدرآمنیوس / تأخیر رشد داخل رحمی | ضایعات ولو | 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

نام و نام خانوادگی مادر: تاریخ و ساعت زایمان:

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

نمره آپگار: دقیقه اول: دقیقه پنجم:

تاریخ و ساعت معاینه:

تعداد و جنسیت نوزاد: پسر دختر نامعلوم

قد: وزن: دور سر:

نام و مهر معاینه کننده:

| 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"/> 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>* در صورت نیاز به ارجاع، اقدامات پیش از ارجاع را بنویسید:</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</p> <p>سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> <p>سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته و وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> | <p>*آموزش مراقبت از نوزاد</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 بندناف <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>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</p> <p>ناهنجاری <input type="checkbox"/> نوع ناهنجاری</p> <p>صدمه زایمانی <input type="checkbox"/> نوع صدمه</p> | <p>* ایمن سازی بدو تولد</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>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>* شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان <input type="checkbox"/></p> |

| اثر انگشت مادر | اثر کف پای نوزاد |
|----------------|------------------|
| <p>.....</p> | <p>.....</p> |

گواهی ولادت به شماره در تاریخ / / صادر و به اینجانب که نوزاد می باشم تحویل گردید. مهر و امضا صادر کننده گواهی ولادت: امضا و اثر انگشت تحویل گیرنده:

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 |
|------------------------|--|--|--|-----------------------|--|-----------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | ساعت |
| | | | | | | | | | | حال عمومی و سطح هوشیاری |
| | | | | | | | | | | میزان خونریزی و وضعیت رحم |
| | | | | | | | | | | وضعیت پرینه و محل بخیه |
| | | | | | | | | | | فشار خون |
| | | | | | | | | | | درجه حرارت |
| | | | | | | | | | | تعداد نبض |
| | | | | | | | | | | تعداد تنفس |
| | | | | | | | | | | دفع ادرار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | | | | | | | | شروع مصرف مواد غذایی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | | | | | | | | تجویز مکملهای غذایی و مسکن آهن: مولتی ویتامین: مسکن: |

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.

| اقدام | علت ارجاع | تاریخ و ساعت |
|-------|-----------|--------------|
| | | |

بخش ۸: آموزش و توصیه

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> بهداشت فردی | <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 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--|--|

نام و امضای عامل اعزام / ترخیص:

تاریخ و ساعت اعزام / ترخیص: