

شماره پرونده خانوار / شناسه:

کدملی:

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان

آدرس / تلفن:

سن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: ارزیابی معمول

سزارین

طبیعی با فورسیس یا واکيوم

نوع زایمان: طبیعی

تاریخ زایمان:

بین راه

منزل

واحد تسهیلات زایمانی

بیمارستان

روزهای ۴۲ تا ۶۰		روزهای ۱۰ تا ۱۵		روزهای ۱ تا ۳		زمان ملاقات	اجزای مراقبت
تاریخ مراجعه							
ارزیابی علائم خطر فوری							
تشنج							
اختلال هوشیاری							
شوک							
تنفس مشکل							
سئوال کنید							
* خونریزی							
لکه بینی							
ترشحات چرکی و بدبو از مهبل							
بیماری زمینه ای							
* مشکل ادراری و اجابت مزاج							
یواسیر							
* علائم روانی شدید							
علائم روانی خفیف							
اندوه پس از زایمان							
* همسرآزاری							
* سرگیجه							
درد شکم و یا پهلوها							
درد محل بخیه ها							
درد پستان ها							
درد یک طرفه ساق و ران							
درد شدید دندان							
پس درد							
شکایت شایع							
مصرف مکمل های دارویی							
شیردهی به نوزاد							
اندازه گیری کنید							
* میزان فشارخون							
فشارخون بالا							
* تعداد نبض							
تعداد تنفس							
تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی							
میزان درجه حرارت							
تب							

* به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود.

بخش ۱: ارزیابی معمول

روزهای ۴۲ تا ۶۰	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۱ تا ۳	زمان ملاقات
اجزای مراقبت			
معاینه کنید			
			چشم (رنگ پریدگی شدید)
			پوسیدگی دندان
			جرم دندان
			التهاب لثه
			عفونت دندان، آبسه
			پستان (آبسه، ماستیت)
			پستان (شقاق و احتقان)
			شکم (بزرگی رحم)
			★ محل بخیه ها (ورم، ترشح چرکی، توده)
			محل بخیه ها (بدون درد، ترشح چرکی، ورم)
			اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)
آموزش و توصیه ها			
			بهداشت فردی
			بهداشت روان
			بهداشت جنسی
			بهداشت دهان و دندان
			علائم خطر
			شکایت شایع
			تغذیه/ مکمل های دارویی
			شیردهی، مشکلات و تداوم آن
			مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد
			مشاوره باروری سالم
آهن:	آهن:	آهن:	تجویز مکملهای دارویی
مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	
			تزریق آمپول رگام در مادر ارهانش منفی
			تاریخ مراجعه بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)
			نام و امضاء معاینه کننده

★ به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود.

پاپ اسمیر در ملاقات روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان
<p>تاریخ انجام:</p> <p>نتیجه:</p>

بخش ۲: پسخوراند/ مراقبت ویژه

♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه مورد نیاز که باید براساس نتیجه ارزیابی معمول و یا براساس دستورات فرم پسخوراند از مقصد ارجاع انجام شود، را در ستون «فهرست اقدامات» بنویسید.
♦ اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که برای مادر (در زمان ملاقاتهای تعیین شده و یا خارج از زمان ملاقاتهای تعیین شده) بر اساس بخش «مراقبت ویژه پس از زایمان» توسط پزشک یا ماما و یا براساس دستورات فرم پسخوراند انجام شده است، را در ستون «اقدامات انجام شده» بنویسید. در هر مراجعه، از مادر در مورد خونریزی و درد شکم سؤال و ثبت کنید. میزان فشارخون را نیز ثبت کنید.

اقدامات انجام شده	فهرست اقدامات (مراقبت های ویژه) مورد نیاز	علت (مراجعه / ارجاع)	تاریخ مراجعه
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....