

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان

(ماما / پزشک)

نام و نام خانوادگی:

سن:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: ارزیابی معمول

- تاریخ زایمان: نوع زایمان: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین
- محل زایمان: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل بین راه

اجزای مراقبت		زمان ملاقات	
تاریخ مراجعه		روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵
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			
سرگیجه			
درد			
(شکم، پهلو، بخیه، ساق و ران، پستان، دندان)			
اختلال روانی			
همسراآزاری			
شکایت شایع			
مصرف مکمل های دارویی			
شیردهی به نوزاد			
اندازه گیری کنید			
فشارخون	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:
نبض	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:
درجه حرارت			
تنفس			
معاینه کنید			
چشم (رنگ پریدگی شدید)			
پوسیدگی دندان			
جرم دندان			
التهاب لثه			
عفونت دندان، آبسه			
پستان (آبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)			
شکم (بزرگی رحم)			
محل بخیه ها			
اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)			
نتیجه ارزیابی در هر ملاقات			
همه موارد طبیعی است			
ارایه مراقبت ویژه			
اجزای مراقبت		روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵
آموزش و توصیه ها			
بهداشت فردی			
بهداشت روان			

