

## فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

نام و نام خانوادگی:

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"/> |
| 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:

نوع زایمان قبلی: طبیعی  طبیعی با فورسپس یا واکيوم  سزارین

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

تنفس:

نبض:

درجه حرارت:

فشارخون:

نمایش جنین:

ایستگاه و وضعیت عضو نمایش:

دیلاتاسیون و افاسمان:

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 مکنونیوم

تعداد ضربان قلب جنین: در دقیقه

وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی  غیر طبیعی

وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی

#### سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

|                          |                          |                           |   |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| آنونی                    | 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"/> | <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                            | شکم اول زیر ۱۸ سال       | HBsAg مثبت یا ابتلا به هیپاتیت |
| <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            | الیکوهیدرآمنیوس / 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

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکونیوم  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><b>نشانه های خطر:</b></p> <p>تنفس تند <input type="checkbox"/></p> <p>کاهش سطح هوشیاری <input type="checkbox"/></p> <p>تنفس کند <input type="checkbox"/></p> <p>تشنج <input type="checkbox"/></p> <p>تو کشیده شدن شدید قفسه سینه <input type="checkbox"/></p> <p>درجه حرارت بالا <input type="checkbox"/></p> <p>ناله کردن <input type="checkbox"/></p> <p>درجه حرارت پایین <input type="checkbox"/></p> <p>تونیسسته عضلانی غیر طبیعی <input type="checkbox"/></p> <p>رنگ پریدگی یا سیانوز <input type="checkbox"/></p> <p>غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب <input type="checkbox"/></p> <p>نبض غیر طبیعی اندام ها <input type="checkbox"/></p> <p>زردی ۲۴ ساعت اول <input type="checkbox"/></p> <p><b>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</b></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><b>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</b></p> <p>ناهنجاری <input type="checkbox"/> نوع ناهنجاری .....</p> <p>صدمه زایمانی <input type="checkbox"/> نوع صدمه .....</p> <p><b>عفونت های موضعی</b></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>* 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>*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 بندناف <input type="checkbox"/> پیشگیری از سوانح و حوادث <input type="checkbox"/> خواباندن نوزاد <input type="checkbox"/> حمام کردن <input type="checkbox"/></p> <p>خفنه 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 ت 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 |
|----------------|------------------|
|                |                  |

