

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living child: نوزاد زنده	Abortion: تعداد سقط:	Para: تعداد زایمان:	Gravida: تعداد حاملگی:
Dead Child: نوزاد مرده	Still birth: تعداد مرده زایی:		
LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age: سن بارداری:	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:	LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:
	by Sonography: با سونوگرافی:		
Childbirth preparation class: شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:	Prenatal care: انجام مراقبت های بارداری:		
No: خیر	Yes: بله	No: خیر	Yes: بله
Cause: علت:	Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:		
	No: خیر Yes: بله		

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Heart dis: بیماری قلبی
Infertility & ART: نازایی و استفاده از روش های کمک باروری	Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
HbsAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
Other: سایر:			

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family history: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

Fetus Malformation: جنین ناهنجار	dystocia: زایمان سخت	post partum hemorrhage: خونریزی پس از زایمان	Birth weight > 4000 gr: نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم
	Vacuum or forceps delivery: زایمان با فورسپس یا واکيوم	Preterm labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:	Post term labor: زایمان پس از موعد		Birth weight < 2500 gr: نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم
If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:			
Other: سایر:			

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: Current Medications & Addiction History

داروهای در حال مصرف	Current Medications
حساسیت دارویی	Drug sensitivity
وابستگی به مواد مخدر/ سیگار	Addiction/ cigarette

معاینات بدنی و بررسی های بالینی Physical Examination & Clinical Investigation

Vital Sign

علائم حیاتی:

فشارخون:	BP:	نبض:	PR:	درجه حرارت:	T:	تنفس:	RR:
----------	-----	------	-----	-------------	----	-------	-----

زمان شروع درد:	Onset of labor pain:	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	FHR:	تخمین وزن جنین:	Weight estimate:
----------------	----------------------	--------------------------------	------	-----------------	------------------

Vaginal exam

معاینه واژینال:

دیلاتاسیون:	Dilatation:	افاسمان:	Effacement:	جایگاه جنین:	Station:	نمایش جنین:	Presentation:
وضعیت:	Position:	خونریزی	Bleeding:	دارد	Yes	ندارد:	No
وضعیت کیسه آب	Amniotic membrane:	زمان پارگی:	Time of rupture:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid:		

گروه خون و ارهانش:	Blood Group & Rh:	قد:	Height:	وزن:	Weight:
ارهانش همسر (در صورت منفی بودن ارهانش مادر):	Partner's Rh:				

Physical Examination:

معاینه فیزیکی:

Eyes:	<input type="checkbox"/>	چشم:	<input type="checkbox"/>
Nose:	<input type="checkbox"/>	بینی:	<input type="checkbox"/>
Mouth:	<input type="checkbox"/>	دهان:	<input type="checkbox"/>
Throat:	<input type="checkbox"/>	گلو:	<input type="checkbox"/>
Neck:	<input type="checkbox"/>	گردن:	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes:	<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/>
Chest:	<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:	<input type="checkbox"/>
Breast:	<input type="checkbox"/>	پستان:	<input type="checkbox"/>
Heart:	<input type="checkbox"/>	قلب:	<input type="checkbox"/>
Lung:	<input type="checkbox"/>	ریه:	<input type="checkbox"/>
Vessels:	<input type="checkbox"/>	عروق:	<input type="checkbox"/>
Abdomen:	<input type="checkbox"/>	شکم:	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):	<input type="checkbox"/>
Rectum:	<input type="checkbox"/>	مقعد:	<input type="checkbox"/>
Nervous System:	<input type="checkbox"/>	اعصاب:	<input type="checkbox"/>
Extremities:	<input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):	<input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles:	<input type="checkbox"/>	استخوان- مفاصل- عضلات:	<input type="checkbox"/>

Summary خلاصه

Primary Diagnosis تشخیص اولیه

Name Of Examining Physician :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

ثبت پیشرفت زایمان

Labor Progress Record

شماره پرونده: Unit Number:

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			
			Date تاریخ
			Time ساعت
			FHR قلب جنین
			شدت Intensity
			فاصله Frequency
			مدت Duration
			Dilatation دیلاتاسیون
			Effacement افاسمان
			Station ایستگاه
			عضو نمایش Presentation
			وضعیت Position
			کیسه آب Amniotic Membrane
			دستورات دارویی Medication Order
			اکسی توسین / میزوپروستول Oxytocin/misoprostol
			تعداد قطره / مقدار Dose/Drop in min
			P تعداد نبض
			BP فشارخون
			RR تعداد تنفس
			T درجه حرارت
			نام و نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

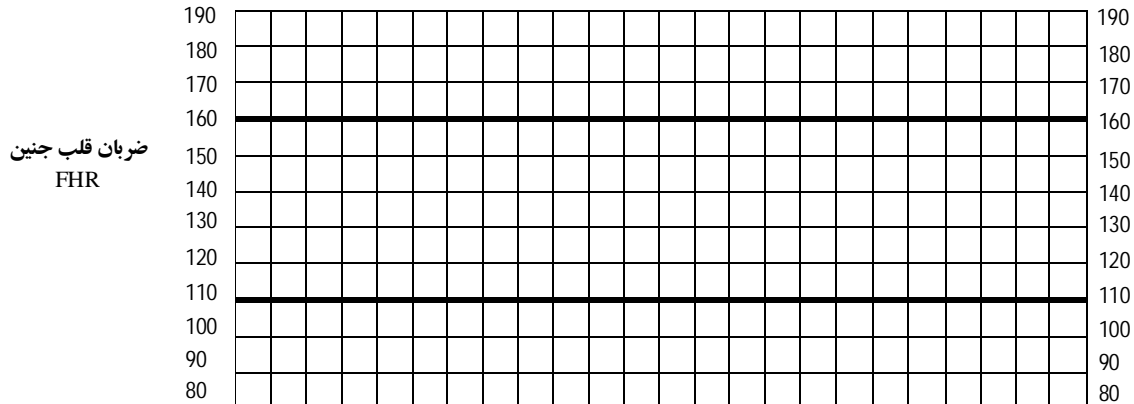
روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

Method :	نوع روش :
Onset of Pain management	ساعت شروع :
Duration	مدت زمان استفاده :
Labor support :	حضور همراه: : بله : Yes : خیر : No :
توضیحات:	

پارتوگراف
Partograph Chart

Unit Number: شماره پرونده:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش ساعت:	Bed:	تخت:				

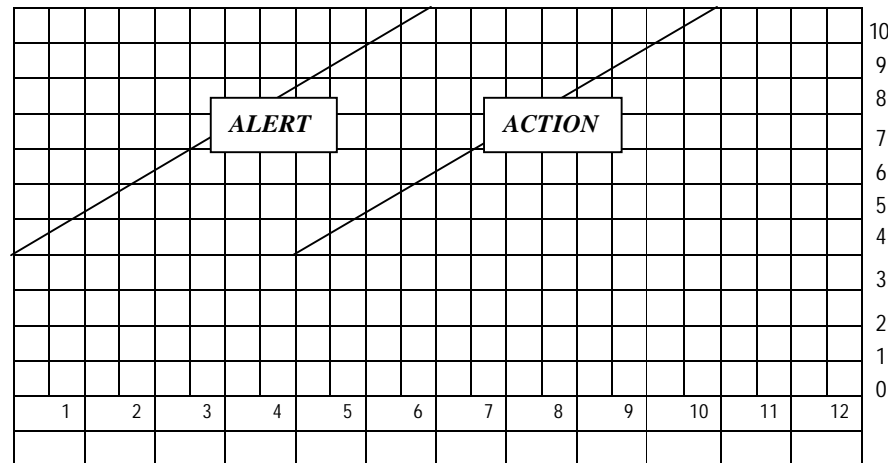


وضیعت کیسه آب و مایع آمنیوتیک
Membranes & Amniotic Fluid

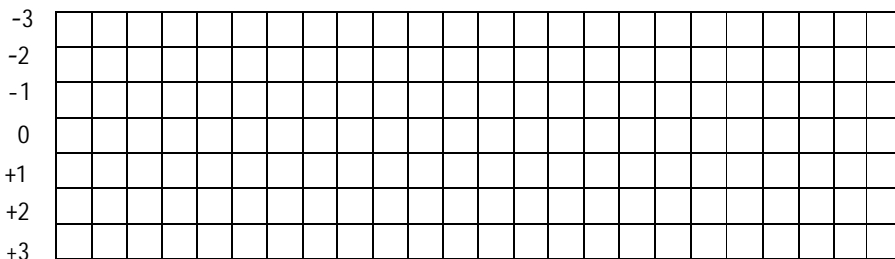
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

دیلاتاسیون
Dilatation

ساعت
Time



نزول سر جنین
Descend



انقباض / 10 دقیقه
Contraction / 10min

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اکسی توسین (قطره/دقیقه)
Oxy. (drop/min)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

داروهای مصرفی

فشارخون
BP
نبض
PR
درجه حرارت
T

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

امضا
Sign

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره پرونده: Unit Number:

زایمان
Delivery

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

Placenta expulsion : ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time: تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion : خروج جفت و پرده ها: Incomplete ناقص Complete کامل	Position of delivery : وضعیت زایمان upright Lithotomy لیثاتومی
No: خیر Yes: بله Episiotomy/ اپی زیاتومی: در صورت پارگی، درجه آن: 1 2 3 4	Delivery Method روش زایمان Instrumented delivery واژینال با وسیله Vaginal واژینال Cesarean سزارین VBAC واژینال بعد از سزارین
If Laceration, degree of that:	Infant Sex جنس نوزاد Ambiguous مبهم Male پسر Female دختر
Dead/مرده Alive/زنده تعداد نوزاد/No	عامل زایمان / Birth attendant Physician/پزشک Midwife/ماما
Apgar at 5/ آپگار دقیقه پنجم	Apgar at 1/ آپگار دقیقه اول
توضیحات ضروری:	

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	نوع دارو	نوع دارو	Dose & time	نوع دارو
	پروستاگلاندین F _{2α}	Prostaglandin F _{2α}		اکسی توسین Oxy.
	میزوپروستول Misoprostol			مترژن Methergine
	سایر: Other			آنتی بیوتیک Antibiotic

مراقبت 2 ساعت اول پس از زایمان: Post partum care (2 hour)

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)		ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)		
				ساعت Time
				حال عمومی General appearance
				میزان خونریزی Bleeding
				وضعیت رحم Uterine
				وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum & Suture
				وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
				فشارخون Blood Pressure
				درجه حرارت Temperature
				تعداد نبض Pulse
				تعداد تنفس Respiratory Rate
				نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

مادر در تاریخ ساعت با فشارخون نبض وضعیت رحم میزان خونریزی حال عمومی به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت.

شماره پرونده: Unit Number:

مراقبت پس از زایمان
Post partum care

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Time: ساعت:			

هر 6 ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (3-6 hours)				
					ساعت Time
					حال عمومی و سطح هوشیاری Appearance & Consciousness
					میزان خونریزی Bleeding
					وضعیت رحم Uterus
					وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum
					فشارخون Blood Pressure
					وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
					درجه حرارت Temperature
					تعداد نبض Pulse
					تعداد تنفس Respiratory Rate
					میزان برون ده ادراری Urine Output
					داروهای مصرفی Medicines
					نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

نتایج آزمایش های قبل از ترخیص.....
 Result of Lab before discharge.....
 هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه.....
Education & recommendation.....

Contraception روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign علامت خطر مادری	New born danger sign علامت خطر نوزادی	New born care مراقبت از نوزاد
Next visit date زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی reast feeding/ Breast care/ Using drug

Helping mother for second breast feeding date & time :

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر:

Name & Signature :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده

Discharge Date & Time :

تاریخ و ساعت ترخیص :

**ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی
 در بارداری و پس از زایمان**

شماره پرونده: Unit Number:

Risk assessment for venous thromboembolism(VTE)

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی	
Previous venous thromboembolism (VTE)	سابقه ترومبوآمبولی وریدی
Heritable thrombophilia	ابتلا به ترومبوفیلی ارثی
Acquired thrombophilia (Antiphospholipid antibody)	ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)

سایر عوامل خطر

شرایط عمومی و بارداری فعلی	
Intravenous drug user اعتیاد تزریقی	استعمال دخانیات بیش از 10 سیگار در روز Smoking > 10 Cigarettes/day
Gross Varicose Veins وریدهای واریسی	Paraplegia/Wheelchair user فلج/ استفاده از صندلی چرخدار
چاقی (BMI بیشتر از 30) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از 80 کیلوگرم Obesity (BMI >= 30 kg/m ²) either prepregnancy or early pregnancy/ weight >80 kg	
Admission or Immobility (≥ 3 days) بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از 3 روز استراحت در بستر)	
OHSS سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان	Multiple pregnancy چندقلوبی
ART بارداری با روشهای کمک باروری	Hyperemesis gravidarum استفراغ شدید بارداری
ابتلا به بیماریها	
Pneumonia پنومونی	Lung disease بیماری ریوی
SLE لوپوس	Cancer سرطان
Current Systemic Infection عفونت سیستمیک کنونی	
Nephrotic syndrome (proteinuria >=3g/day) سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از 3 گرم در روز)	
Inflammatory Conditions (inflammatory bowel disease or inflammatory polyarthropathy) التهابها (بیماری التهابی روده، پلی آرتروپاتی التهابی)	
شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان	
Pre-eclampsia پره اکلامپسی	Caesarean سزارین (اورژانس یا غیر اورژانس)
Prolonged Labor (≥24 hours) لیبر طولانی (بیشتر از 24 ساعت)	
Postpartum infection عفونت پس از زایمان	Mid-cavity rotational operative delivery زایمان با فورسپس بالا
Postpartum sterilization بستن لوله ها (پس از زایمان طبیعی)	Evacuation of retained products of conception کورتاژ
Postpartum Hemorrhage (≥ 1 litre) خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر	
Any surgical procedure in pregnancy or <= 6 weeks postpartum هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا 6 هفته)	

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

Date & time فرم تکمیل فرم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Mother's ID Number کد ملی مادر:	شماره پرونده: Mother's Unit Number:
------------------------------------	-------------------------------------

شرح حال نوزاد بدو تولد
NEWBORN BIRTH HISTORY

Mother's date of birth تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name نام خانوادگی مادر:
Consanguinity نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Familyname: نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality ملیت مادر:	Father's Nationality ملیت پدر:

Mother's Medical History.....تاریخچه پزشکی مادر.....

Delivery Method روش زایمان	Gestational age (week) سن بارداری به هفته:	Gravidity تعداد حاملگی:
Vaginal Delivery واژینال	by sonography سن بارداری با سونوگرافی:	Parity تعداد زایمان:
Instrumented delivery واژینال با وسیله	3	Abortion تعداد سقط:
VBAC واژینال بعد از سزارین	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth تعداد مرده زایی:
Cesarean سزارین	EDC تاریخ احتمالی زایمان:	

Cause of cesarean
علت سزارین

Hypertension فشارخون بالا	Fetal distress زجر جنین	Abnormal labor لیبر غیر طبیعی	Repeated Cesarean سزارین قبلی
Cephalopelvic disproportion عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean خواست مادر	Malposition of fetus نمایش غیرطبیعی	Placenta & Umbilical cord Disorders مشکلات جفت و بندناف
Others سایر			

Hypertension فشارخون بالا	Diabetes دیابت	Genito-urinary infections عفونت های ادراری - تناسلی
Others سایر	Hereditary disease in family بیماری ارثی در خانواده	Thyroid بیماری تیروئید

Drug or substance abuse. سوء مصرف مواد و داروها

Duration مدت مصرف: Drug نام دارو: drugs before pregnancy مصرف داروی خاص پیش از بارداری

Duration مدت مصرف: Drug نام دارو: drugs during pregnancy مصرف داروی خاص حین بارداری

Drug نام دارو: Drug Sensitivity حساسیت دارویی

Drugs during labor & delivery مصرف دارو حین لیبر و زایمان:

Others سایر Corticosteroid کورتیکو استروئید Narcotic داروی مخدر MgSo4 سولفات منیزیم Oxytocin اکسی توسین

Detail of the birth.....اطلاعات تولد.....

Time & Date rupture of membrane تاریخ و ساعت پارگی پرده ها

Amniotic fluid وضیعت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid volume حجم مایع آمنیوتیک:
Bloody خونی	Oligohydramnios اولیگو هیدرآمنیوس
Meconium مکونیومی	Polyhydramnios پلی هیدرآمنیوس
Clear شفاف	

Newborn's time of birth ساعت تولد نوزاد: Newborn's date of birth تاریخ تولد نوزاد:

plurality : تعداد قل:	Newborn Sex: جنس نوزاد:
Birth Order: رتبه قل:	Ambiguous مبهم
	Male پسر
	Female دختر

Skin to skin contact Duration:
مدت تماس پوست با پوست:

Breast Feeding in first hour
تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد

Urinating after birth دفع ادرار بعد از تولد

Defecation after birth دفع مدفوع بعد از تولد

Cord blood sample نمونه خون شریان بندناف

Congenital Anomaly وجود ناهنجاری بدو تولد:

Nervous system سیستم عصبی	Neural tube disorders نقص لوله عصبی	No Anomaly ناهنجاری ندارد
Down Syndrome سندرم داون (تریزومی 21)	Hands & Feet دستها و پاها	Genito-urinary دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه
Cleft lip/palate شکاف لب/شکاف کام	Other's Chromosomal anomalies سایر ناهنجاری های کروموزومی	
Ear & eye گوش و چشم	Musculoskeletal عضلانی و اسکلتی	Cardiovascular قلبی و عروقی
Others Non determined	سایر ناهنجاری های تعریف نشده	Face & Neck گردن و صورت

جدول آپگار
APGAR Score

20 دقیقه	15 دقیقه	10 دقیقه	5 دقیقه	1 دقیقه	2	1	0	نشانه Sign
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزاتنهاها Acrocyanotic	سیانوزه یا رنگ ریده Blue or pale	رنگ Color
					بیشتر از 100 در دقیقه >100 bpm	کمتر از 100 در دقیقه < 100 bpm	ندارد Absent	ضربان قلب Heart rate
					گریه و واکنش فعال Cry & active Withdrawal	تغییر چهره Grimace	پاسخ نمی دهد No response	واکنش به تحریک Reflex irritability
					حرکت فعال Active motion	فلکسیون مختصر Some flexion	شل Limp	تون عضلانی Muscle tone
					خوب، گریه می کند Good, Crying	گریه ضعیف، تنفس کم Weak cry & Hypoventilation	وجود ندارد Absent	تنفس Respiration
جمع								
resuscitation احیاء						توضیحات:		
20	15	10	5	1	Minutes دقیقه			
					Oxygen اکسیژن			
					PPV/NCPAP			
					لوله گذاری داخل ETT تراشه			
					فشردن قفسه سینه Chest Compression			
					اپی نفرین Epinefrine			
The doctor birth Signed & sealed مهر و امضای پزشک مسئول زا یمان					Birth midwife/physician Signed & sealed مهر و امضای عامل زایمان			



اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

اثر پای چپ نوزاد (Left) Newborn Foot Print

اثر پای راست نوزاد (Right) Newborn Foot Print

--	--

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

**Physical Examination &
Clinical Investigation of Newborn**

Mother's ID Number : کد ملی مادر:

Mother's Unit Number: شماره پرونده:

Mother's date of birth : تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name : نام خانوادگی مادر:
Consanguinity : نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh : گروه خونی مادر:	Father's Family name : نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD : پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality : ملیت مادر:	Father's Nationality : ملیت پدر:

تنبس / RR:		د/ما:	نبض / PR:	Vital Signs	علائم حیاتی
اولین معاینه Exam 1 st					
غیر طبیعی Abnormal		طبیعی Normal			
				Skull & Fontanel	جمجمه و ملاحظه ها
				Skin	پوست
				Head & Neck & Face	سر و گردن و صورت
				Chest & Respiratory	قفسه سینه و تنفس
				Heart	قلب
				Abdomen	شکم
				Genital Organ	دستگاه تناسلی
				Extremities	اندام ها
				Spain	ستون مهره ها
				Anus	مقعد
				Birth trauma	صدمات زایمانی
				Congenital Anomaly	ناهنجاریهای بدو تولد
				Others	سایر موارد
				Urination	دفع ادرار
				Defecation	دفع مدفوع
				Reflexes	رفلکس ها

Signed & sealed : مهر و امضای معاینه کننده - Time & Date exam: تاریخ و ساعت معاینه:

Time & Date transfer

تاریخ و ساعت تحویل نوزاد

Signed & sealed : مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد - Signed & sealed : مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد

وزن به گرم: Birth weight (gr) - قد به سانتی متر: Height (cm) - دور سر به سانتی متر: Head Circumference (cm)	
سن به هفته: Birth age (week)	
علائم حیاتی Vital Signs	
نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR: نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:	
اولین معاینه Exam 1st	
دومین معاینه Exam 2nd	
طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal
طبیعی Normal	غیرطبیعی Abnormal
جمجمه و ملاحظه ها	Skull & Fontanel
پوست	Skin
سر و گردن و صورت	Head & Neck & Face
قفسه سینه و تنفس	Chest & Respiratory
قلب	Heart
شکم	Abdomen
دستگاه تناسلی	Genital Organ
اندام ها	Extremities
ستون مهره ها	Spain
مقعد	Anus
صدمات زایمانی	Birth trauma
ناهنجاریهای بدو تولد	Congenital Anomaly
سایر موارد	Others
دفع ادرار	Urination
دفع مدفوع	Defecation
رفلکس ها	Reflexes
تغذیه با شیر مادر : Breastfeeding :	مطلوب Desirable / نامطلوب Undesirable
استفراغ : Vomiting :	دارد Yes / ندارد No
تب : Fever :	دارد Yes / ندارد No
بیقراری : Agitation :	دارد Yes / ندارد No
سایر موارد Other	دارد Yes / ندارد No
تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:	تاریخ و ساعت معاینه: Date & Time:
مهر و امضا پزشک: Physician Signed:	مهر و امضا پزشک: Physician Signed:

راهنمای تکمیل فرم های بلوک زایمان

فرم های بلوک زایمان شامل فرم شرح حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی و فرم های نوزاد تازه متولد شده است. این فرم ها، اختصاصی بلوک زایمان و بخش پس از زایمان تا ترخیص مادر است. فرم هایی مانند پذیرش و ترخیص، آموزش به بیمار، گزارش پرستار، دستورات پزشک، مراقبت های قبل از عمل جراحی و که به صورت عمومی برای سایر بخش ها نیز تکمیل می شود، در صورت نیاز می تواند به مجموعه فرم ها افزوده شود.

شرح حال مادر باردار (Medical History)

این فرم توسط فرد پذیرش کننده در بلوک زایمان تکمیل می شود.

علت مراجعه: شکایت اصلی خانم باردار برای مراجعه به بیمارستان و بلوک زایمان و زمان شروع آن ثبت شود.

تاریخچه بیماری فعلی: نکات لازم در مورد شکایت اصلی مادر از قبیل نوع درد، شدت درد، میزان خونریزی، ... ثبت شود.

تاریخچه بارداری: موارد ذکر شده در جدول از قبیل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی و ... تکمیل شود. تعداد مراقبت ها اعم از مراکز دولتی و خصوصی طبق گفته مادر و یا دفتر چه مراقبت، نوشته شود. کلاس آمادگی برای زایمان: در صورت شرکت مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان تعداد جلسات نیز نوشته شود.

تاریخچه بیماری های قبلی: اگر مادر به هر یک از بیماری های زیر مبتلا بوده در این قسمت علامت گذاری شود. در صورت وجود هر بیماری در قسمت توضیحات، زمان شروع بیماری، مدت و دیگر توضیحات مرتبط با بیماری نوشته شود.

تاریخچه خانوادگی: اگر در خانواده درجه اول فرد، بیماری خاصی (ژنتیک، متابولیک، خونی، سرطان، ...) وجود دارد در این قسمت نوشته شود.

تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی: در صورت وجود هر مورد در بارداری و زایمان های قبلی علامت گذاری شود. زایمان سخت: موارد زایمان سخت از جمله دیستوشی شانه از مادر سؤال شود. در سابقه دریافت خون، ملاک فقط دریافت خون است و تعداد واحد آن مد نظر نیست. نوع زایمان های قبلی: با توجه به تعداد زایمان ها، نوع زایمان به تفکیک ثبت شود. در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم نوشته شود.

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: در صورتی که مادر دارویی مصرف می کند (به غیر از مکمل های دارویی)، به داروی حساسیت دارد و یا وابستگی به مواد مخدر/ سیگار دارد در قسمت مربوط ثبت شود.

معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

- **علائم حیاتی** مادر در بدو پذیرش به عنوان علائم حیاتی پایه ثبت شود.
 - زمان شروع دردهای زایمانی به ساعت نوشته شود. مثلاً ساعت ۸ یا ساعت ۱۴/۲۵ یا ... تعداد ضربان قلب جنین در یک دقیقه کامل و در زمان استراحت رحم شمارش و ثبت گردد. وزن جنین بر اساس ابعاد آن در مانور لئوپولد تخمین زده و به گرم ثبت گردد.
 - در **معاینه واژینال**، جایگاه جنین: به صورت +۳ تا -۳، نمایش جنین: به صورت سفالیک، بریج و شانه، وضعیت: به صورت OA, OP, SA, SP و ...، وضعیت کیسه آب: به صورت سالم یا پاره، در صورت پارگی، زمان پارگی، زمان پارگی به ساعت و وضعیت مایع آمنیوتیک: به صورت شفاف، مکنونیومی و یا خونی نوشته شود.
 - گروه خون و ارهاس مادر با توجه به نتیجه آزمایش (در بارداری یا بدو ورود) نوشته شود. در صورتی که ارهاس مادر منفی است، ارهاس همسر بررسی و ثبت گردد.
 - قد و وزن مادر اندازه گیری و ثبت شود.
 - **معاینه فیزیکی:** در صورتی که در مشاهده، معاینه و یا سمع مورد غیر طبیعی وجود داشت، در این قسمت ثبت شود.
- خلاصه ای از نکات مهم و قابل تاکید در ثبت فرم در این قسمت نوشته شود. سپس فرد تکمیل کننده فرم، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا نماید. تاریخ و ساعت نیز درج گردد. تکمیل کننده فرم می تواند ماما یا متخصص زنان و زایمان و یا گروه آموزشی (دانشجوی مامایی، اترن، رزیدنت) زیر نظر استاد مربوطه باشد.

ثبت پیشرفت زایمان (Record Progress Labor)

در صورتی که مادر در فاز نهفته بستری شود می بایست فرم ثبت پیشرفت زایمان تکمیل گردد. پس از شروع فاز فعال زایمان، ادامه مراقبت ها در فرم پارتوگراف نوشته می شود.

صدای قلب جنین، انقباضات رحمی، پیشرفت زایمان و علائم حیاتی مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان بررسی و تکمیل شود.

وضعیت کیسه آب: پس از معاینه واژینال کیسه آب از نظر سالم یا پاره بودن و مایع آمنیوتیک از نظر شفاف، مکنونیومی و یا خونی بررسی و ثبت گردد. پارگی کیسه آب با توجه به زمان آن ثبت شود.

دستورات دارویی: در صورتی که در فاز نهفته نیاز به تجویز دارو است در این قسمت ثبت شود.

اکسی توسین / میزوپروستول: در صورتی که نیاز به القای زایمان وجود دارد لازم است نام دارو و مقدار آن با توجه به ساعت شروع ثبت گردد.

نام و نام خانوادگی معاینه کننده در هر نوبت معاینه نوشته و مهر زده شود. نکته: در زمان تعویض شیفت لازم است تحویل گیرنده شیفت، صرف نظر از زمان معاینه قبلی، پیشرفت زایمان مادر را بررسی و فرم را تکمیل نماید.

• روش های کاهش درد (دارویی / غیر دارویی): در صورت استفاده از روش کاهش درد دارویی (اسپینال، اپی دورال، انتونوکس) و یا غیر دارویی (گرما درمانی، سرما درمانی، ماساژ، استفاده از آب، ...) در حین لیبر - فاز نهفته و فعال - ساعت شروع و مدت زمان استفاده از آن نوشته شود. در صورت استفاده از داروهای سیستمیک مانند پتدین، در فرم پارتوگراف درج شود.

حضور همراه: اگر همراه (آموزش دیده یا غیر آموزش دیده) بر بالین مادر حضور دارد، در این قسمت علامت گذاری شود.

توضیحات: سایر مواردی که نیاز است در مورد وضعیت مادر توضیح داده شود در این قسمت نوشته شود.

پارتوگراف (Partograph)

فرم پارتوگراف در فاز فعال زایمان برای مادر باردار مطابق دستورعمل مندرج در کتاب راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تکمیل شود.

زایمان (Delivery)

خلاصه وضعیت زایمانی مادر در این برگ ثبت شود. در صورتی که زایمان در اتاق عمل و به صورت سزارین انجام می شود نیز می بایست این فرم تکمیل گردد.

- با توجه به موارد موجود در فرم، اطلاعات مربوط به زایمان شامل تاریخ و ساعت زایمان، ساعت و وضعیت خروج جفت (خروج ناقص جفت در مواردی علامت گذاری شود که اقدامی مانند کوراژ و یا انتقال به اتاق عمل برای خروج جفت انجام شده باشد و در اقدامات قسمت توضیحات نوشته شود)، وضعیت زایمان، روش زایمان و ... و خلاصه ای از وضعیت نوزاد ثبت شود. اطلاعات کامل نوزاد در برگ معاینه نوزاد ثبت می شود. در صورتی که نیاز به ذکر مطالب بیشتر است در قسمت توضیحات ضروری نوشته شود.
- داروهای مصرفی در صورت نیاز: داروهایی که در طول زایمان برای مادر تجویز شده است به همراه ساعت، میزان و طریقه مصرف آن نوشته شود.
- مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان:

ساعت اول پس از زایمان به چهار قسمت تقسیم شده که هر قسمت نشانه ۱۵ دقیقه است. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آژیته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی (مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان). مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا کند.

- در هنگام انتقال مادر از بلوک زایمان به بخش، اتاق عمل یا بخش مراقبت های ویژه، تاریخ، ساعت، میزان فشارخون و نبض مادر اندازه گیری و ثبت شود. وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان) و حال عمومی (هوشیار، آژیته، رنگ پریده، ...) وی نوشته و سپس مادر منتقل گردد.

مراقبت پس از زایمان (Post Partum Care)

- این فرم از ساعت سوم پس از زایمان تا ترخیص مادر، در بخش پس از زایمان تکمیل می گردد. از ساعت سوم تا ششم پس از زایمان، مادر هر یک ساعت و پس از آن هر ۶ ساعت تا ترخیص مراقبت می شود. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آژیته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی کنترل و ثبت شود. در صورتی که برای مادر در این مدت دارویی تجویز شده است، نام دارو، طریقه مصرف و میزان آن نوشته شود. مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا نماید.
- نتایج آزمایش قبل از ترخیص: هموگلوبین مادر قبل از ترخیص اندازه گیری و ثبت شود. در صورتی که نیاز به انجام آزمایش دیگری وجود دارد، نام و نتیجه آن نوشته شود.
- آموزش و توصیه: چنانچه فرم مجزایی برای آموزش به بیمار تهیه شده است، لازم است این فرم نیز تکمیل شود. در این فرم، عناوین آموزشی مورد نیاز مادر قبل از ترخیص مادر آورده شده است.
- تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر ثبت شود.
- آموزش دهنده به مادر، نام و نام خانوادگی خود را ثبت و مهر و امضا نماید.
- تاریخ و ساعت ترخیص مادر نوشته شود.

تزریق سولفات منیزیموم (Magnesium Sulfate Injection)

اگر برای مادر تشخیص پره اکلامپسی داده شده و نیاز به تزریق سولفات منیزیموم دارد، این فرم به پرونده مادر اضافه و تکمیل شود. تاریخ، ساعت، مقدار سولفات منیزیموم، طریقه مصرف (عضلانی، وریدی)، وجود رفلکس پتالار، میزان مایعات دریافتی و برون ده ادراری و علائم حیاتی مادر بررسی و ثبت شود. مراقبت کننده در هر نوبت نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا می کند.

ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان Risk assessment for Venous ThromboEmbolism (VTE)

این فرم باید برای کلیه مادران بستری در بیمارستان (از ابتدای بارداری تا ۶ هفته پس از زایمان) تکمیل شود. همچنین در صورت وجود آمدن هر یک از شرایط زیر مجدد باید ارزیابی خطر انجام و فرم تکمیل شود:

- پس از ۳ روز بستری در بیمارستان
 - در صورتی که بیمار در حین بستری، برای سزارین یا هر عمل جراحی دیگر به اتاق عمل منتقل شود (قبل از انتقال به اتاق عمل)
 - پس از زایمان طبیعی
- تکمیل کننده فرم ترجیحاً باید پزشک معالج باشد. در صورتی که ماما این فرم را تکمیل می کند باید پزشک معالج آن را مطالعه نموده و در نهایت تصمیم گیری در مورد اقدام بعدی (تجویز داروی ضد انعقاد و مدت زمان آن یا) بر عهده پزشک است.

• **عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی:** این موارد، مهمترین عوامل خطر ابتلا به ترومبوآمبولی می باشد و باید به دقت پرسیده شود و در صورت وجود هر یک از آنها، در خانه مربوطه علامت زده شود.

سابقه ترومبوآمبولی وریدی، که می تواند وجود هر یک از حالت های زیر باشد:

- سابقه بیش از یک بار VTE با یا بدون زمینه
- سابقه یک بار VTE بدون زمینه
- سابقه یک بار VTE وابسته به استروژن (هنگام بارداری یا مصرف قرص های پیشگیری حاوی استروژن)
- سابقه یک بار VTE به همراه ابتلا به هر نوع ترومبوفیلی ارثی یا اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)
- سابقه یک بار VTE به همراه تاریخچه خانوادگی VTE
- سابقه یک بار VTE که با یک عامل زمینه ای غیر وابسته به استروژن (تروما یا جراحی ...) همراه بوده است

ابتلا به ترومبوفیلی ارثی: منظور ابتلا به هر یک از این بیماریها است مانند کمبود پروتئین های C یا S، فاکتور ۵ لیدن از نوع هموزیگوت یا هتروزیگوت، کمبود آنتی ترومبین، ژن پروترومبین G20210A از نوع هموزیگوت یا هتروزیگوت

ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید):

عبارتست از وجود حداقل یک معیار آزمایشگاهی همراه با حداقل یک معیار بالینی به شرح زیر:

- معیارهای آزمایشگاهی: لوپوس آنتی کوآگولان- آنتی بادی آنتی کاردیولیپین (IgM و یا IgG) با تیر بالا یا متوسط- آنتی بتا دو گلیکوپروتئین یک (IgM و یا IgG)
 - معیارهای بالینی: یک یا بیشتر اپیزود ترومبوز وریدی، شریانی یا عروق کوچک در هر یک از اعضا یا بافتها- زایمان پره ترم قبل از ۳۴ هفته به علت پره اکلامپسی شدید یا نارسایی جفت- حداقل سه مورد سقط پشت سر هم قبل از هفته ۱۰ بارداری- حداقل یک مورد مرگ غیر قابل توجیه جنین بعد از هفته ۱۰ بارداری
- عوامل خطر بعدی در قسمتهای زیر باید از مادر سوال شده یا پس از مطالعه پرونده در خانه مربوطه علامت زده شود.

- **شرایط عمومی و بارداری فعلی:** پاسخ سوالات مربوط به شرایط عمومی و بارداری فعلی بیمار در این قسمت علامت زده شود
 - **ابتلای به بیماریها:** وضعیت ابتلا به هر یک از بیماریها در این قسمت علامت زده شود.
 - **شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان:** وضعیت بیمار در حین دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان (تا ۶ هفته بعد)، نوع زایمان و برخی عوارض که احتمال خطر ترومبوآمبولی را افزایش می دهد در این قسمت تعیین و علامت زده شود.
- در صورتی که مادر هر یک از عوامل خطر فوق را داشته باشد باید مطابق دستور عمل کشوری، وضعیت مادر ارزیابی و تصمیم گیری شود. بر حسب وضعیت مادر در قسمت نتیجه بررسی به شرح زیر نوشته شود:

- بیمار از نظر خطر ابتلا به ترومبوآمبولی در گروه کم خطر یا خطر متوسط یا پر خطر می باشد.
- بیمار نیاز به تجویز داروی ضد انعقاد دارد (با ذکر مدت زمان آن) / ندارد.
- بیمار نیاز به پیشگیری مکانیکی (جوراب الاستیک یا) دارد.
- بیمار نیاز به هشدار و مراقبت (Clinical Vigilance) در مورد ترومبوآمبولی دارد
- آموزش در مورد تحرک کافی و مصرف مایعات به بیمار داده شد
-

در انتهای فرم، تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی پزشک نوشته شده و مهر و امضا شود.

نکته: دستور عمل کشوری به شماره ۴۰۰/۹۶۳ د مورخ ۹۲/۲/۲ به معاونت درمان دانشگاهها ارسال شده و لازم است که متن آن در محل مناسبی در معرض دید پزشکان و کارکنان نصب شود.

راهنمای تکمیل برگه های نوزاد تازه متولد شده

برگه های نوزاد شامل "شرح حال نوزاد بدو تولد" و "معاینه بدنی و بررسی های پزشک" است.

شرح حال نوزاد بدو تولد (Newborn Birth History)

این برگه شامل دو صفحه است که صفحه اول توسط عامل زایمان و صفحه دوم توسط مراقب نوزاد، که می تواند عامل زایمان نیز باشد تکمیل می گردد.

تاریخچه پزشکی مادر: موارد ذکر شده در جدول شامل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط و مرده زایی تکمیل شود. سن بارداری به هفته بر اساس سونوگرافی مربوط به سه ماهه اول، سه ماهه دوم و سه ماهه سوم، هم چنین بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادر، ثبت می گردد. روش زایمان بر اساس گزینه های مربوطه انتخاب شود. در صورتی که علت زایمان سزارین است، از جدول مربوط به علت سزارین یک علت به عنوان علت اصلی انتخاب و علامت زده شود.

در صورت وجود بیماری علت بیماری مادر از گزینه های تعیین شده علامت گذاری شود.

در صورت وابستگی مادر به مواد، نام ماده یا داروی مصرفی ذکر گردد.

مصرف داروی خاص که جهت درمان بیماری در پیش از بارداری و بارداری استفاده می شود مانند لووتیروکسین در کم کاری تیروئید و یا داروهای فشار خون جزو داروهای خاص دسته بندی می گردند که باید انتخاب شود و مدت زمان مصرف ذکر گردد.

در صورت وجود حساسیت دارویی (غذایی و فصلی مورد نظر نمی باشد) این گزینه با ذکر نوع دارو انتخاب می گردد.

مصرف دارو در حین لیبر و زایمان از گزینه های مربوطه انتخاب می گردد و اگر نوع دارو خارج از داروهای ذکر شده باشد گزینه سایر انتخاب گردد ولی نیاز به ذکر نوع دارو نیست.

اطلاعات تولد: در این جدول اطلاعات خواسته شده در مورد تاریخ و ساعت پارگی پرده ها، وضعیت مایع آمنیوتیک، جنسیت، ساعت و

تاریخ تولد و تعداد قل نوزاد، دفع ادرار و مکونیوم بعد تولد، مدت زمان تماس پوست با پوست و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول ثبت گردد.

در صورت تهیه خون بندناف **گزینه های مورد نظر** را بنویسید.

در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد، نوع ناهنجاری به هر تعداد مشخص و ثبت گردد.

نمره آپگار نوزاد در جدول آپگار با توجه به وضعیت نوزاد انتخاب و ثبت گردد. آپگار می بایست در دقیقه ۱ و ۵ نمره دهی شود. اگر عدد آپگار در دقیقه پنجم کمتر از ۷ باشد، اندازه گیری دقیق ۱۵ و ۲۰ صورت می گیرد. در تمامی مراحل وقایع رخ داده در جریان احیا و نیز زمان وقوع آن به دقت ذکر گردد.

نام و نام خانوادگی عامل زایمان و پزشک مسئول زایمان ثبت و مهر و امضا شود.

در انتها نیز اثر انگشت مادر و اثر پای نوزاد ثبت گردد.

معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد

(Physical Examination & Clinical Investigation of Newborn)

در جدول معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد، علایم حیاتی و نتایج معاینه بدنی نوزاد ثبت می گردد (این معاینه اولیه نوزاد توسط عامل زایمان و ترجیحاً مامای مراقب نوزاد انجام می شود).

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده و تحویل گیرنده نوزاد ثبت و مهر و امضا گردد.

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

در این برگه علایم حیاتی، وزن، اندازه های نوزاد و معاینه بدنی نوزاد توسط پزشک در دو نوبت در ۲۴ ساعت اول و ترجیحاً در ۱۲ ساعت بدو تولد و معاینه دوم قبل از ترخیص انجام شده و ثبت می گردد.