

فرم مراقبت پس از زایمان

تاریخ:

آدرس / تلفن:

سن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: ارزیابی معمول

تاریخ زایمان: نوع زایمان: طبیعی طبیعی یا فورسیس یا واکيوم سزارین

محل زایمان: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل بین راه

زمان ملاقات		روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۴۲ تا ۶۰	اجزای مراقبت
					تاریخ مراجعه
ارزیابی علائم خطر فوری					
					تشنج
					اختلال هوشیاری
					شوک
					تنفس مشکل
سؤال 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 فشار خون *	
نشسته: خوابیده:		نشسته: خوابیده:		فشار خون بالا	
				*	
نشسته: خوابیده:		نشسته: خوابیده:		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
			زمان مناسب بارداری بعدی
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
تاریخ انجام:
نتیجه:

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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....