شماره پرونده/ شناسه/ کدملی:

فرم مراقبت پس از زایمان

تاریخ :

(ماما/ پزشک)

نام و نام خانوادگی: سن: آدرس / تلفن:

بخش ۱: ارزیابی معمول

تاریخ زایمان: نوع زایمان: طبیعی ☐ طبیعی با فورسپس یا واکیوم ☐ سزارین☐

محل زایمان: بیمارستان ☐ واحد تسهیلات زایمانی☐ منزل☐ بین راه☐

زمان / ملاقات / اجزای مراقبت	روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۴۲ تا ۶۰
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			
سرگیجه			
درد (شکم، پهلو، بخیه ، ساق و ران، پستان، دندان)			
اختلال روانی			
همسرآزاری			
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 دندانی، 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			

زمان ملاقات / اجزای مراقبت	روزهای ۱ تا ۳	روزهای۱۰ تا ۱۵	روزهای ٤٢ تا ٦٠
آموزش و توصیه ها			
بهداشت فردی			
بهداشت روان			
بهداشت جنسی			
بهداشت دهان و دندان			
علائم خطر			
شکایت شایع			
تغذیه/ مکملهای دارویی			
شیردهی، مشکلات و تداوم آن			
مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد			
تنظیم خانواده/ مشاوره			★
تجویز مکمل های دارویی	آهن:	آهن:	آهن:
	مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:
تزریق آمپول رگام در مادر ارهاش منفی			
تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)			
نام و امضاء معاینه کننده			

★ در صورتی که در روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان، مشاوره تنظیم خانواده انجام نداده اید، در ملاقات سوم انجام دهید.

پاپ اسمیر در ملاقات روزهای ٤٢ تا ٦٠ 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» 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 سئوال و ثبت کنید. میزان فشارخون را نیز ثبت کنید.

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