شماره پرونده خانوار/ شناسه/ کدملی:

فرم مراقبت پس از زایمان

تاریخ :

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			
مشکل ادراری و اجابت مزاج			
★ 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 فشارخون	نشسته: خوابیده:	نشسته: خوابیده:	نشسته: خوابیده:
فشارخون بالا			
★ تعداد نبض	نشسته: خوابیده:	نشسته: خوابیده:	نشسته: خوابیده:
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

زمان ملاقات / اجزای مراقبت	روزهای ۱ تا ۳	روزهای۱۰ تا ۱۵	روزهای ۴۲ تا ۶۰
معاینه کنید			
چشم (رنگ پریدگی شدید)			
پوسیدگی دندان			
جرم دندان			
التهاب لثه			
عفونت دندانی، 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			
تنظیم خانواده/ مشاوره			★★
تجویز مکملهای 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			

★ به نکات موجود در دستورالعمل توجه شود.

★★ 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 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 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
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....