بسمه تعالی

تاریخ: .....

شماره: ۱۳۹۲/۰۲/۲۹

پیوست: ۱۶/۳۳/۱۲۸۹/پ/د

دارد

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان
حوزه معاونت درمان

**سرکار خانم دکتر رادنیا**

**سرپرست محترم مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی فاطمیه**

**ریاست محترم بیمارستان .....**

**جناب آقای دکتر مفرح ذات**

**مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان بهار**

**ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان .....**

**موضوع: یکسان سازی فرم های پرونده های زایمانی**

با سلام و احترام

به پیوست تصویرنامه شماره ۴۰۰/۱۷۳۰ د مورخ ۹۲/۲/۱۶ معاون محترم درمان وزارت متبوع به انضمام ۱۹ برگ فرم و فایل الکترونیکی پرونده های بخش زایمان جهت یکسان سازی فرم ها در سراسر کشور ارسال میگردد.در صورت نیاز به فرم های بیشتر پس از تائید کمیته فناوری و اسناد و مدارک پزشکی می توان آنها را به پرونده ها اضافه نمود./ج

دکتر حسن جلالوند
معاون درمان دانشگاه
از طرف: دکتر سید محمدجواد موسوی بهار

آدرس : همدان ، چهارراه شریعتی ، ابتدای بلوار آیت ا... کاشانی ، ساختمان شماره ۲ حوزه معاونت درمان
تلفن : ۲۵۲۲۳۵۰ ۲۵۲۶۰۱۵ ۳-۲۵۲۷۰۳۲ فاکس : ۲۵۲۳۰۱۱

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۵۴۰۰/۱۷۳۰
تاریخ ۱۳۹۲/۰۲/۱۶
پیوست دارد

**معاون محترم درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..همدان**

**موضوع:** یکسان سازی فرم ها

**با سلام و احترام**

بررسی های انجام شده در مورد فرم های موجود در بلوک زایمان بیمارستان های کشور حاکی از آن است که فرم های ثبت زایمان در بیمارستان ها اعم از دولتی و غیر دولتی متعدد بوده و از الگوی واحدی تبعیت نمی کنند. به منظور ثبت صحیح و کامل اطلاعات گیرنده خدمت، سهولت در تکمیل و بررسی فرم ها، لازم است برگ های زیر (پیوست) در تمامی بیمارستان ها به طور یکسان تکمیل گردد:

- برگ نمودار علائم حیاتی
- برگ شرح حال
- برگ سیر بیماری
- برگ دستورات پزشک
- برگ گزارش پرستار
- برگ خلاصه پرونده
- برگ گزارش آزمایشگاه
- برگ مراقبت قبل از عمل جراحی (در صورت نیاز)
- برگ پارتوگراف
- برگ مراقبت از مادر در ۲ ساعت اول پس از زایمان
- برگ تزریق سولفات منیزیوم (در صورت نیاز)
- برگ القای زایمان با اکسی توسین (در صورت نیاز)
- برگ ثبت اطلاعات نوزاد در بیمارستان (به همراه دستور عمل تکمیل)
- برگ معاینه بالینی نوزاد (این فرم در بخش تکمیل می شود و مربوط به بلوک زایمان نیست)

در صورتی که مدیریت بیمارستان به فرمهای دیگر علاوه بر فرم های فوق نیاز دارد، می توان آنها را به پرونده مادر اضافه نمود. شایان ذکر است شش فرم آخر در دفتر سلامت خانواده و جمعیت تهیه و تدوین شده است.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان
ثبت در رایانه دبیرخانه مرکزی
شماره ۵۹۲۸ تاریخ ۹۲/۰۲/۱۸
واحد اقدام کننده .....
معاون محترم درمان

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

(۱)

امر ماما

# بیمـــارستـان

## بـرگ نمودار علائم حیاتی

## COMPOSITE GERAPHIC CHART

| Unit Number : شماره پرونده : |
|---|
| |

| Attending Physician : پزشک معالج : | Ward : بخش : | Name : نام : | Family Name : نام خانوادگی : |
|---|---|---|---|
| Date Of Admission : تاریخ پذیرش : | Room : اتاق : | Date Of Birth : تاریخ تولد : | Father's Name : نام پدر : |
| | Bed : تخت : | | |

| Date تاریخ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| روزهای بستری Hosp. Days | | | | | | | |
| روزهای بعداز عمل Post - OP. Days | | | | | | | |

| فشار خون B.P | نبض Pulse | حرارت Temp | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M | صبح A.M | عصر P.M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ | ٤، ٨، ١٢ |
| 250 | 160 | 41.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 240 | 150 | 41 | | | | | | | | | | | | | | |
| 230 | 140 | 40.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 220 | 130 | 40 | | | | | | | | | | | | | | |
| 210 | 120 | 39.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 200 | 110 | 39 | | | | | | | | | | | | | | |
| 190 | 100 | 38.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 180 | 90 | 38 | | | | | | | | | | | | | | |
| 170 | 80 | 37.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | 70 | 37 | | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | 60 | 36.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | 50 | 36 | | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | 40 | 35.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | 30 | 35 | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | 20 | RESPIRATION | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| جذب و دفع مایعات : Fluid A b. & Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tot. 24 Hr. جمع ۲۴ ساعته | | | | | | | | | | | | | | |
| Oral دهان | | | | | | | | | | | | | | |
| I.V. از راه ورید | | | | | | | | | | | | | | |
| Blood خون | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine ادرار | | | | | | | | | | | | | | |
| Other Secretion سایر ترشحات | | | | | | | | | | | | | | |
| Stool مدفوع | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Weight وزن | | | | | | | |
| B.P فشارخون | | | | | | | |
| Temp حرارت | | | | | | | |

# بـرگ نمودار علائم حیاتی

## COMPOSITE GERAPHIC CHART

| Date تاریخ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| روزهای بستری Hosp. Days | | | | | | | |
| روزهای بعداز عمل Post - OP. Days | | | | | | | |

| فشار خون B.P | نبض Pulse | حرارت Temp | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ | صبح A.M ٤ ٨ ١٢ | عصر P.M ٤ ٨ ١٢ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 250 | 160 | 41.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 240 | 150 | 41 | | | | | | | | | | | | | | |
| 230 | 140 | 40.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 220 | 130 | 40 | | | | | | | | | | | | | | |
| 210 | 120 | 39.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 200 | 110 | 39 | | | | | | | | | | | | | | |
| 190 | 100 | 38.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 180 | 90 | 38 | | | | | | | | | | | | | | |
| 170 | 80 | 37.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | 70 | 37 | | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | 60 | 36.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | 50 | 36 | | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | 40 | 35.5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | 30 | 35 | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | 20 | RESPIRATION | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| جذب و دفع مایعات : Fluid A b. & Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. | جذب Ab. | دفع Ex. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tot. 24 Hr. جمع ۲۴ ساعته | | | | | | | | | | | | | | |
| Oral دهان | | | | | | | | | | | | | | |
| I.V. از راه ورید | | | | | | | | | | | | | | |
| Blood خون | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine ادرار | | | | | | | | | | | | | | |
| سایر ترشحات Other Secretion | | | | | | | | | | | | | | |
| Stool مدفوع | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Weight وزن | | | | | | | |
| B.P فشارخون | | | | | | | |
| Temp حرارت | | | | | | | |

# بیمارستان

## برگ شرح حال

## MEDICAL HISORY SHEET

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unit Number : شماره پرونده : | | | |
| Family Name : نام خانوادگی : | Name : نام : | Ward : بخش : | Attending Physician : پزشک معالج : |
| Father's Name : نام پدر : | Date Of Birth : تاریخ تولد : | Room : اتاق : | Admission Date : تاریخ پذیرش : |
| | | Bed : تخت : | |

Presenting Symptoms : نشانه‌های فعلی بیمار :

History Of Persent Illness : تاریخچه بیماری فعلی :

Past Disease History : تاریخچه بیماریهای قبلی :

Current Drugtherapy & Other Addiction : داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات :

Allergy To : حساسیت به :

Family History : سوابق فامیلی :

Physical Examination & Clinical Investigation : معاینات بدنی و بررسیهای بالینی :

Skin : ☐ پوست : ☐

Skull : ☐ جمجمه : ☐

Ear : ☐ گوش : ☐

Pleas Complete The Back Of The Sheet. : لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید :

# برگ شرح حال
# MEDICAL HISORY SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Countinued) — معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه) :

Eye : ☐ _____ ☐ : چشم

Nose : ☐ _____ ☐ : بینی

Mouth : ☐ _____ ☐ : دهان

Throat : ☐ _____ ☐ : گلو

Neck : ☐ _____ ☐ : گردن

Lymphatic Glands : ☐ _____ ☐ : غدد لنفاوی

Chest : ☐ _____ ☐ : قفسه سینه

Breast : ☐ _____ ☐ : پستان

Heart : ☐ _____ ☐ : قلب

Lung : ☐ _____ ☐ : ریه

Vessels : ☐ _____ ☐ : عروق

Abdomen : ☐ _____ ☐ : شکم

Genital Organ (male) : ☐ _____ ☐ : اندام تناسلی مرد

Genital Organ (Female) : ☐ _____ ☐ : اندام تناسلی (زن)

Rectum : ☐ _____ ☐ : مقعد

Nervous System : ☐ _____ ☐ : اعصاب

Exterimities : ☐ _____ ☐ : اندامها (فوقانی تحتانی)

Bone - Joints - Muscles : ☐ _____ ☐ : استخوان - مفاصل - عضلات

توضیح : در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح و با علامت ☒ مشخص گردد.

Incase Of Abnormalities In Any Of Organ Please put ☒

SUMMARY : _____ : خلاصه

Pre - Dx : _____ : تشخیص اولیه

Signature Of Examining Physician : _____ : امضای پزشک معاینه کننده

# بیمارستان

## برگ سیر بیماری

## PROGRESS NOTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unit Number : ... : شماره پرونده | | | |
| Family Name : ... : نام خانوادگی | Name : ..... : نام | Ward : ..... : بخش | Attending Physician : ..... : پزشک معالج |
| Father's Name : ..... : نام پدر | Date Of Birth : ... : تاریخ تولد | Room : ..... : اتاق<br>Bed : ..... : تخت | Date Of Admission : ..... : تاریخ پذیرش |

| تاریخ<br>Date | پیشرفت معالجات<br>Treatment Progresses | امضای پزشک<br>Sign Of Physician |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## بـرگ سیر بیماری

## PROGRESS NOTES

| امضای پزشک<br>Sign Of Physician | پیشرفت معالجات<br>Treatment Progresses | تاریخ<br>Date |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# بیمـــارستان

## برگ دستورات پزشک

## PIYSICIAN ORDERS SHEET

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unit Number : شماره پرونده : | | | |
| Family Name : نام خانوادگی : | Name : نام : | Ward : بخش : | Attending Physician : پزشک معالج : |
| Father's Name : نام پدر : | Date Of Birth : تاریخ تولد : | Room : اتاق : | Admission Date : تاریخ پذیرش : |
| | | Bed : تخت : | |

| تاریخ Date | ساعت Time | دستورات پزشک Orders | امضاء پزشک Sign Of Physician | امضاء پرستار Sign Of Nurses |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

کد شماره ۴۴

۸

## بـرگ دستورات پـزشک

## PHYSICIAN ORDERS SHEET

| امضاء پرستار<br>Sign Of Nurses | امضاء پزشک<br>Sign Of Physician | دستورات پزشک<br>Orders | ساعت<br>Time | تاریخ<br>Date |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# برگ گزارش پرستار

# NURSES NOTE

Unit Number : شمارهٔ پرونده :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Attending Physician : پزشک معالج : | Ward : بخش : | Name : نام : | Family Name : نام خانوادگی : |
| Admission Date : تاریخ پذیرش : | Room : اتاق : | Date Of Birth : تاریخ تولد : | Father's Name : نام پدر : |
| | Bed : تخت : | | |

| مشاهدات، نظرات، امضاء پرستار<br>Observation & Consideration & Sign Of Nurses | اقدامات داروئی و درمانی<br>Medical Procedures : | ساعت<br>Time | تاریخ<br>Date |
|---|---|---|---|
| | | | |

# برگ گزارش پرستار

## NURSES NOTE

| مشاهدات، نظرات، امضاء پرستار<br>Observation & Consideration & Sign Of Nurses | اقدامات داروئی و درمانی<br>Medical Procedures : | ساعت<br>Time | تاریخ<br>Date |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# بیمارستان

## برگ خلاصه پرونده

## UNIT SUMMARY SHEET

| | | | |
|---|---|---|---|
| Attending Physician پزشک معالج | Ward بخش | Name نام | Family Name نام خانوادگی |
| Date of Admission تاریخ پذیرش | Room اتاق<br>Bed تخت | Date of Birth تاریخ تولد | Father's Name نام پدر |
| Date of Discharge تاریخ ترخیص | Occupation شغل | Mrital Status وضعیت تاهل<br>Married ☐ متاهل<br>Single ☐ مجرد | Sex : جنس :<br>Male ☐ مرد<br>Female ☐ زن |
| Address & Phone No. آدرس و شماره تلفن : | | | |

Unit Number شماره پرونده

Chief Complaint of the Patient History & Primary Diagnosis ..... شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه

Final Diagnosis _____ تشخیص نهائی

Medical & Surgical Procedures _____ اقدامات درمانی و اعمال جراحی

Results of Clinical Examination _____ نتایج آزمایشات کلینیکی

Disease Progress (Cause of Death) _____ سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ)

Patient's Condition At The Time of Discharge _____ وضعیت بیمار هنگام ترخیص

Recommendations After Discharge _____ توصیه های پس از ترخیص

Attending Physician's Name & Sing _____ نام و امضاء پزشک معالج

# بیمارستان

# برگ گزارش آزمایشگاه

## LABORATORY REPORTS SHEET

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unit Namber شماره پرونده: | | | |
| Family Name نام خانوادگی | Name نام | Ward بخش | Attending Physician پزشک معالج |
| Father's Name نام پدر | Date of Birth تاریخ تولد | Room اتاق<br>Bed تخت | Date of Admisaion تاریخ پذیرش |

Stick 2nd Report محل چسبانیدن دومین گزارش

Stick First Report محل چسبانیدن اولین گزارش

# بیمارستان

## برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

## PRE-OPERATION CARE SHEET

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unit Number : شماره پرونده : | | | |
| Family Name : نام خانوادگی : | Name : نام : | Ward : بخش : | Attending Physician : پزشک معالج : |
| Father's Name : نام پدر : | Date Of Birth : تاریخ تولد : | Room : اتاق : | Date Of Admission : تاریخ پذیرش : |
| | | Bed : تخت : | |

| بررسی پرستار اتاق عمل Review Of OP.Room Nurses | | |
|---|---|---|
| Date Of Operation : | | تاریخ عمل جراحی : |
| Diagnosis : | | تشخیص : |
| نام عمل جراحی : Name Of Operation — سمت عمل : Direction Of Operation — راست Right ☐ — چپ Left ☐ | | |
| Pre-Operation Readiness Of OP. Place : | | آماده نمودن محل عمل : |
| Authorization Of Operation Sheet Is Attached | | اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است |
| Information Type Attached To ..... | | نوار مشخصات بیمار به ..... بسته شده است. |
| B.P. In Adm. — B.P.After Using Pre-Anes. Drugs | | فشار خون موقع پذیرش : — فشار خون پس از داروهای بیهوشی : |
| Blood Sugar — Urea — Hb & Hc | | قند خون : — اوره خون : — هموگلوبین و هماتوکریت : |
| Blood Group — RH | | گروه خون : — ارهاش : |
| Time Of The Last Urination Perior to Operation : | | ساعت آخرین ادرار قبل از عمل : |
| Vital Sign. Befor OP.: — Temp. — Pulse — Resp. : | | علائم حیاتی قبل از عمل : — حرارت : — نبض : — تنفس : |
| Medicines Used During Hospitalization : | | تحت درمان داروهای : |
| Pre. Operation Drugs & Time Of The Use : | | داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها : |
| Prc. Anes. Drug Effects — Awake ☐ بیدار — Sleepy ☐ خواب آلود — Sleep ☐ خواب | | اثر داروهای قبل از بیهوشی : |
| Labratory Sheets — Enough ☐ کافی — Radiology Sheets — Enough ☐ کافی — Nurses Report : گزارش پرستار — Enough ☐ کافی | | اوراق آزمایشگاهی |
| Protheses — No ☐ خیر — Yes ☐ بله — Removed — No ☐ خیر — Yes ☐ بله — Ring ☐ انگشتر — Watch ☐ ساعت — Others ☐ سایر متعلقات — Removed ☐ خارج گردید | | اعضای مصنوعی دارد : — برداشته شد : |
| Remarks : | | ملاحظات : |
| Nurse's Sign : | | امضاء پرستار : |
| Sign Of OP.Room Nurse : امضاء پرستار اتاق عمل : | | |

| نظریه Notes | تائید O.K. |
|---|---|
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |
| | ☐ |

## برگ مراقبت از مادر در ۲ ساعت اول پس از زایمان

| زمان مراقبت / اجزای مراقبت | ساعت اول پس از زایمان | | | | ساعت دوم | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ساعت | | | | | | |
| حال عمومی و سطح هوشیاری | | | | | | |
| میزان خونریزی | | | | | | |
| وضعیت رحم | | | | | | |
| وضعیت پرینه و محل بخیه | | | | | | |
| فشارخون | | | | | | |
| درجه حرارت | | | | | | |
| تعداد نبض | | | | | | |
| تعداد تنفس | | | | | | |
| نام خانوادگی مراقبت کننده | | | | | | |

داروهای مصرفی:

| | | |
|---|---|---|
| اکسی توسین□ | دوز: | ساعت: |
| مترژن | دوز: | ساعت: |
| پروستاگلاندین $F_{2}\alpha$ | دوز: | ساعت: |
| میزوپروستول | دوز: | ساعت: |
| سایر ..... | دوز: | ساعت: |

آیا در طول مراقبت، ایمنی مادر (تخت حفاظ دار) رعایت می شود؟ بله□ خیر□

آیا در طول مراقبت، ایمنی نوزاد رعایت می شود؟ بله□ خیر□

آیا مادر همراه دارد؟ بله□ همراه آموزش دیده □ همراه آموزش ندیده□ خیر□

بیمارستان .....

# برگ تزریق سولفات منیزیم

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | شماره پرونده: |
| نام خانوادگی: | نام: | نام پدر: | پزشک معالج: |
| تاریخ تولد: | کد ملی: | تاریخ پذیرش: | ساعت پذیرش: |

| تاریخ | ساعت | میزان تزریق دارو | میزان مایعات دریافتی | وجود رفلکس پتلار | فشار خون | تعداد تنفس | برون ده ادراری | نام مراقبت کننده |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

۱.دانشگاه علوم پزشکی ☐ ۲.بیمارستان ☐ ۳. شهرستان ☐

## برگه ثبت اطلاعات نوزاد در بیمارستان

٤.شماره پرونده مادر ☐ ٥. نام و نام خانوادگی مادر ☐ ٦. ملیت مادر: ◯ایرانی ◯ غیر ایرانی

۷. نام و نام خانوادگی پدر: ☐ ۸. ملیت پدر: ◯ ایرانی ◯ غیر ایرانی

۹.کد ملی مادر: ☐ ۱۰.تاریخ تولد مادر ☐ ۱۱.BG وRh مادر: ☐

۱۲. G ☐ P ☐ Ab ☐ Lch ☐ Dch ☐ ۱۳. تاریخ تولد نوزاد: ☐ ۱٤. ساعت تولدنوزاد: ☐

۱۵.جنس نوزاد: ◯ پسر ◯ دختر ◯ مبهم ۱٦. تعداد قل: ☐ ۱۷.رتبه قل: ☐

۱۸. نسبت خویشاوندی با همسر: ◯ندارد ◯ دارد:..... ۱۹ .بیماری ارثی در خانواده: ◯ ندارد ◯ دارد.....

۲۰.عوامل خطر بارداری: ☐ندارد ☐دیابت ☐پرفشاری خون ☐بیماری قلبی ☐بیماری های تیرویید ☐UTI ☐سایرموارد .....

۲۱.مصرف داروی خاص پیش از بارداری: نوع دارو ..... مدت مصرف.....

۲۲.مصرف داروی خاص در زمان بارداری: نوع دارو ..... مدت مصرف .....

۲۳.مصرف داروی خاص حین لیبر و زایمان: ☐ ندارد ☐ اکسی توسین ☐ سولفات منیزیم ☐ کورتیکو استرویید ☐ داروی مخدر ☐ سایر .....

۲٤.نوع زایمان: ◯ سزارین ◯ واژینال ◯ واژینال با وسیله(وانتوز،فورسپس)

۲٦.GAg: LMP ☐ ☐ / SONO ☐ ☐ / SONO ☐ ☐

۲۵.علت سزارین: ◯سزارین قبلی ◯ لیبر غیر طبیعی ◯زجر جنین ◯ نمایش غیرطبیعی ◯ فشارخون بالا

◯مشکلات جفت وبندناف ◯عدم تناسب سر با لگن ◯ به در خواست مادر ◯ سایر علت های تعیین نشده .....

۲۷. تاریخ پارگی پرده ها: ☐ مدت پارگی پرده ها ☐ ۲۸. نمره BPP: ☐

۲۹.حجم مایع آمنیوتیک: ◯طبیعی ◯ اولیگو هیدرآمنیوس ◯پلی هیدرآمنیوس ۳۰. رنگ مایع آمنیوتیک: ☐ شفاف ☐ مکونیومی ☐ خونی

۳۱.مدت تماس پوستی: ☐ ۳۲.شروع تغذیه در ساعت اول تولد ☐ ۳۳.دفع ادرار ☐ ۳٤.دفع مدفوع پس ازتولد ☐ ۳۵. تزریق ویتامین K ☐

| نشانه / امتیاز | ۰ | ۱ | ۲ | دقیقه ۱ | دقیقه ۵ |
|---|---|---|---|---|---|
| رنگ :A | کبود یا رنگ پریده | سیانوز انتهاها | کاملاً صورتی | | |
| ضربان قلب :P | ندارد | کمتر از ۱۰۰ در دقیقه | بیشتر از ۱۰۰ در دقیقه | | |
| واکنش به تحریک:G | پاسخ نمی دهد | گریه و واکنش فعال | گریه و واکنش فعال | | |
| تون عضلانی :A | شل | حرکت فعال | حرکت فعال | | |
| تنفس :R | وجود ندارد | خوب گریه می کند | خوب گریه می کند | | |
| | | | ۳٦. جمع امتیازات آپگار | | |

۳۷.نتیجه عملیات احیا
◯عدم نیاز به احیا
◯گام های نخستین احیا
◯ تهویه با فشار مثبت /CPAP
◯ فشردن قفسه سینه
◯ تجویز دارو

۳۸.نمونه خون شریان بندناف: pH ☐ $PCO_2$ ☐ $PO_2$ ☐ $HCO_3$ ☐ BE ☐

۳۹. وجود ناهنجاری آشکار بدو تولد: ☐ناهنجاری ندارد ☐نقص لوله عصبی(NTD) ☐سایر ناهنجاری های سیستم عصبی ☐دستگاه تناسلی،ادراری وکلیه
☐دست ها و پاها ☐ سندرم داون ( تریزومی ۲۱ ) ☐سایر ناهنجاری های کروموزومی ☐شکاف لب/ شکاف کام ☐قلبی و عروقی ☐عضلانی و اسکلتی
☐گوارشی ☐گوش و چشم ☐ گردن و صورت ☐ سایر ناهنجاری های تعریف نشده .....

٤۰. فرجام نوزاد پس از زایمان: ◯ انتقال به بخش هم اتاقی مادر ◯ انتقال به بخش بستری نوزاد ◯ انتقال به NICU ◯ مرده زایی/ مرگ نوزاد

٤۱. مهر و امضا عامل زایمان:

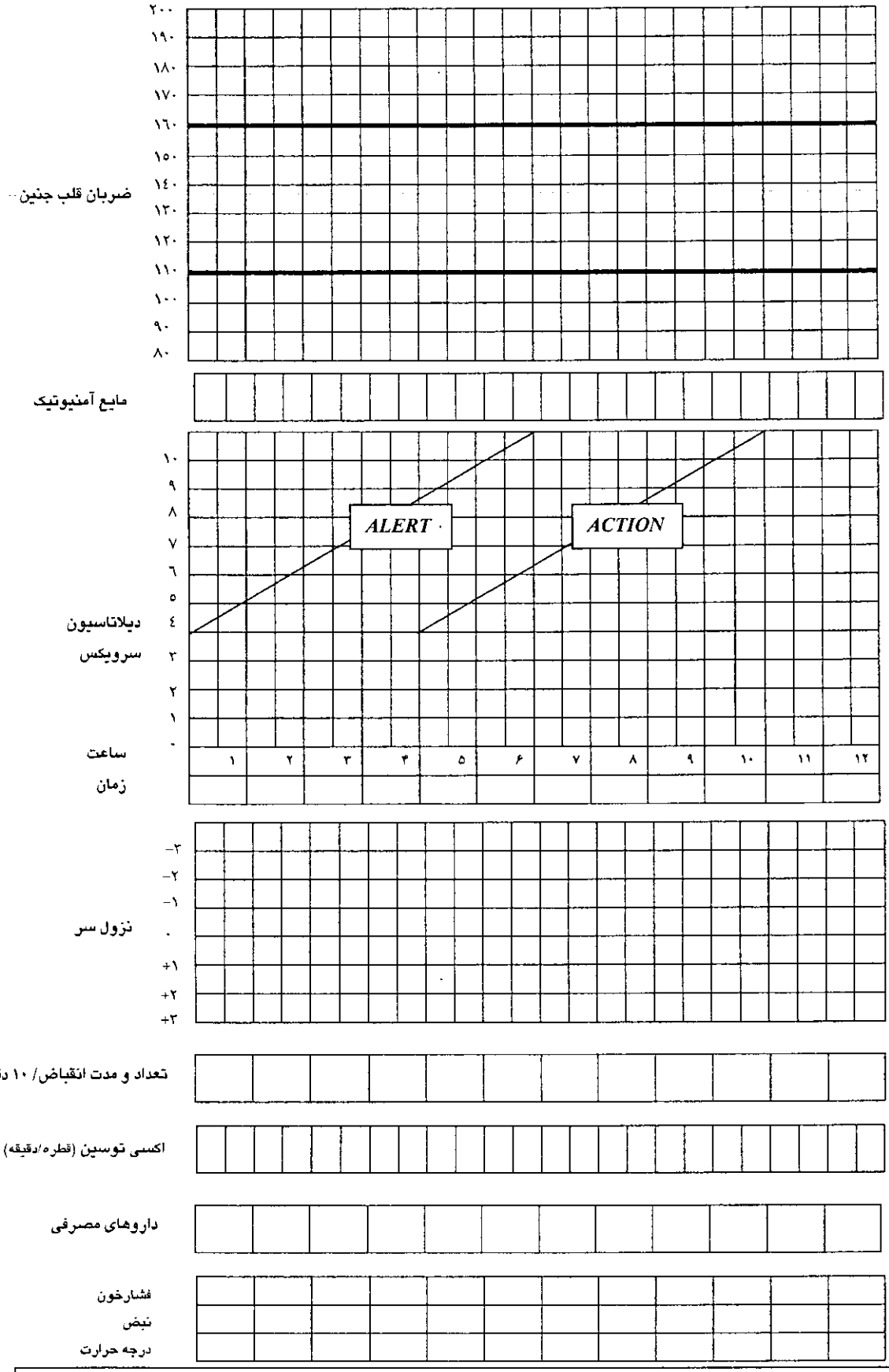
| | |
|---|---|
| بخش تحویل دهنده: | بخش تحویل گیرنده: |
| تاریخ و ساعت انتقال: | تاریخ و ساعت تحویل: |
| مهر و امضا تحویل دهنده: | مهر و امضا تحویل گیرنده: |

بیمارستان .....

برگه پارتوگراف

**Partograph chart**

| | | | |
|---|---|---|---|
| شماره پرونده: | | | |
| نام خانوادگی: | نام: | نام پدر: | پزشک معالج: |
| تاریخ تولد: | کد ملی: | تاریخ پذیرش: | ساعت پذیرش: |
| تعداد بارداری: | تعداد زایمان: | ساعت شروع فاز فعال: | ساعت پارگی کیسه آب: |




تاریخ زایمان:

ساعت زایمان:

جنس نوزاد:
دختر ☐ پسر ☐

ساعت خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:
کامل ☐ ناقص ☐

پوزیشن زایمان:
لیتاتومی ☐ upright☐

اپی زیاتومی:
بله ☐ خیر ☐

در صورت پارگی، درجه پارگی:

عامل زایمان:

مادر با حال عمومی..... در ساعت ..... به بخش پس از زایمان ☐ اتاق عمل ☐ بخش مراقبت های ویژه ☐ انتقال یافت.

علت انتقال به اتاق عمل یا بخش مراقبت های ویژه .....

بیمارستان .....

# برگ القای زایمان با اکسی توسین

# INDUCTION

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | شماره پرونده: |
| نام خانوادگی: | نام: | نام پدر: | پزشک معالج: |
| تاریخ تولد: | کد ملی: | تاریخ پذیرش: | ساعت پذیرش: |

| ساعت / تاریخ | صدای قلب جنین (FHR) | تعداد قطره (DROP/min) | مدت انقباض (DURATION) | فاصله انقباض (INTERVAL) | قدرت انقباض (FORCE) | نام مراقبت کننده |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## برگه معاینه بالینی نوزاد

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۴۲.وزن به گرم: | | ۴۳.قد به سانتی متر: | | ۴۴.دور سر به سانتی متر: | | ۴۵. سن به هفته: | | | | | |
| ۴۶. علایم حیاتی | RR | HR | T | RR | HR | T | | | | | |
| | ۴۷. اولین معاینه | | | ۴۸. دومین معاینه | | | | | | | |
| | طبیعی | غیرطبیعی | توضیحات | طبیعی | غیرطبیعی | توضیحات | | | | | |
| جمجمه و ملاج ها | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| پوست | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| سر و گردن و صورت | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| قفسه سینه و تنفس | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| قلب | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| شکم | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| دستگاه تناسلی | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| اندام ها | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| ستون مهره ها | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| مقعد | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| صدمات زایمانی | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| ناهنجاری های بدو تولد | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| سایر موارد | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| ادرار | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| دفع مدفوع | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| رفلکس ها | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | | |
| تغذیه با شیر مادر | ○ مناسب | ○ نامناسب | | ○ مناسب | ○ نامناسب | | | | | | |
| استفراغ | ○ داشته | ○ نداشته | | ○ داشته | ○ نداشته | | | | | | |
| تب | ○ دارد | ○ ندارد | | ○ دارد | ○ ندارد | | | | | | |
| بیقراری | ○ دارد | ○ ندارد | | ○ دارد | ○ ندارد | | | | | | |
| سایر موارد | ..... | | | ..... | | | | | | | |
| | تاریخ و ساعت معاینه: | | | تاریخ و ساعت معاینه: | | | | | | | |
| | مهر و امضا پزشک: | | | مهر و امضا پزشک: | | | | | | | |