

شماره پرونده خانوار / شناسه / کد ملی:

تاریخ تشکیل پرونده:

فرم مراقبت پس از زایمان

(بهروز)

نام خانوادگی:	نام:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:	تلفن:	شغل:	

بخش 1: شرح حال

تاریخ زایمان:	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>
محل زایمان: بیمارستان <input type="checkbox"/>	واحد تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> بین راه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

بخش 2: سوابق بارداری اخیر

پره اکلامپسی / اکلامپسی <input type="checkbox"/>	دیابت بارداری <input type="checkbox"/>	بیماری زمینه ای <input type="checkbox"/>	مصرف الکل، مواد افیونی و محرک <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

بخش 3: ارزیابی معمول

روزهای 42 تا 60	روزهای 10 تا 15	روزهای 1 تا 3	زمان ملاقات	
			اجزای مراقبت	تاریخ مراجعه
			ارزیابی علائم خطر فوری	نشنج
				اختلال هوشیاری
				شوک
				تنفس مشکل
			سئوال کنید	خونریزی
				لکه بینی
				ترشحات چرکی و بدبو از مهبل
				مشکل ادراری و اجابت مزاج
				بواسیر
				علائم خطر فوری روانپزشکی
				نمره پرسشنامه 6 سوالی سلامت روان
				همسراآزاری
				سرگیجه
				سر درد
				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
				فشارخون بالا
				تعداد نبض
				تعداد تنفس
				تعداد نبض و تنفس غیر طبیعی
			میزان درجه حرارت	
			تب	

بخش 3: ارزیابی معمول

روزهای 42 تا 60	روزهای 10 تا 15	روزهای 1 تا 3	زمان ملاقات	
			اجزای مراقبت	معاینه کننده
			چشم (رنگ پریدگی شدید)	معاینه کننده
			پوسیدگی و 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)	
			نتیجه ملاقات در هر ارزیابی	
			بهداشت فردی	آموزش و توصیه ها
			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	
			تجویز مکملهای دارویی	
آهن:	آهن:	آهن:	تزیق آمپول رگام در مادر ارایش منفی	
مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	مولتی ویتامین:	تاریخ مراجعه بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)	
			نام و امضاء معاینه کننده	

نمی داند	امتیاز کل	همیشه / بیشتر اوقات / گاهی اوقات / بندرت / اصلا					غریبالگری سلامت روان (مراقبت اول و سوم)
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
		0	1	2	3	4	چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

غریبالگری سلامت روان (مراقبت اول و سوم)	
آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

بخش 4: نتایج آزمایش ها

آزمایش	تاریخ و نتیجه	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها (در صورت نیاز)
FBS (مادر مبتلا به دیابت بارداری)		
OGTT (مادر مبتلا به دیابت بارداری)		
پاپ اسمیر در ملاقات روزهای 30 تا 42 پس از زایمان (در صورت نیاز)		

