**دفترچه مراقبت مادر**

**(بارداری و پس از زایمان)**

**مادر عزیز:**

**لطفاً این دفترچه را هنگام مراجعه به مطب پزشک یا ماما، بیمارستان و یا هر واحد بهداشتی- درمانی همراه داشته باشید*.***

**مشخصات/ شرح حال**

**نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: کد ملی: شغل:**

**نشانی و تلفن:**

مراقبت پیش از بارداری: انجام داده است تاریخ انجام:......................... انجام نداده است

نتیجه نهایی مراقبت: منعی برای بارداری نداردنیاز به مشاوره بیشتر داشته است  علت........................

**تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ احتمالی زایمان: هفته بارداری هنگام تشکیل پرونده:**

**تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد فرزند: زنده مرده تعداد سقط:**

**قد: وزن پیش از بارداری: نمایه توده بدنی:**

**نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکیوم سزارین**

* **سوابق بارداری و زایمان: .............................................................**
* **موارد خطر در بارداری فعلی: ........................**
* **ابتلا به بیماری زمینه ای: ......................... نوع داروهای مصرفی:......................... حساسیت دارویی:......................**
* **ایمن سازی(واکسن توأم): کامل ناقص تاریخ تزریق**.......................
* **ایمن سازی (واکسن آنفلوآنزا): بله خیر تاریخ تزریق:**......................

**نتایج آزمایش ها**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع آزمایش** | **بار اول****تاریخ.........** | **بار دوم****تاریخ.........** | **نوع آزمایش** | **بار اول****تاریخ.........** | **بار دوم****تاریخ.........** |
| **هموگلوبین** |  |  | **گروه خون و ارهاش مادر** |  |  |
| **هماتوکریت** |  |  | **ارهاش همسر** |  |  |
| **پلاکت** |  |  | **TSH** |  |  |
| **MCV****MCH****MCHC** |  |  | **کومبس غیرمستقیم** |  |  |
| **BUN** |  |  | **کامل ادرار** |  |  |
| **کراتینین** |  |  | **کشت ادرار** |  |  |
| **FBS** |  |  | **HBsAg**  |  |  |
| **OGTT1** |  |  | **VDRL** |  |  |
| **OGTT2** |  |  | **HIV** |  |  |

* **تزریق آمپول رگام از هفته 28 تا 34 بارداری: بلی خیر تاریخ تزریق.............................**

**نتایج سایر آزمایش ها**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**نتایج سونوگرافی**

|  |  |
| --- | --- |
| **تاریخ انجام سونوگرافی:..................****هفته 16 تا 18 بارداری** | **تاریخ انجام سونوگرافی:...................****هفته 31 تا 34 بارداری** |
| **سن بارداری(LMP):****سن بارداری(سونوگرافی):** **وضعیت جفت:****وضعیت مایع آمنیوتیک:****آنومالی جنین:****نکته مهم:**  | **سن بارداری(LMP):****سن بارداری(سونوگرافی):** **وضعیت جفت:****وضعیت مایع آمنیوتیک:****نکته مهم:**  |

**سایر:................................................................................................................**

**نتایج سایر سونوگرافی ها**

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

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

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

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

 **ارزیابی معمول**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هفته بارداری****اجزا مراقبت** | **10-6** | **20- 16** | **30- 24** | **34- 31** | **37-35** | **38** | **39**  | **40** |
| **تاریخ مراجعه** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فشار خون** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **وزن** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارتفاع رحم** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **قلب جنین** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **حرکت جنین** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نمره غربالگری سلامت روان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارائه دهنده خدمت**  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **تاریخ مراجعه بعدی مادر:...............................**
* **مراقبت ویژه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ | علت مراجعه | اقدام |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**کلاس آمادگی برای زایمان**

منحنی وزن گیری

بر اساس فرد شرکت کننده، تاریخ شرکت در جلسه را بنویسید.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **زمان جلسه** | **مادر** | **همراه** | **پدر** |
| **جلسه یک (هفته 20-23)** |  |  |  |
| **جلسه دو (هفته 24-27)** |  |  |  |
| **★جلسه سه (هفته 28-29)** |  |  |  |
| **جلسه چهار (هفته 30-31)** |  |  |  |
| **جلسه پنج (هفته 32-33)** |  |  |  |
| **جلسه شش (هفته 34-35)** |  |  |  |
| **جلسه هفت (هفته 36)** |  |  |  |
| **★جلسه هشت (هفته 37)** |  |  |  |

**★حضور پدر حداقل در جلسه های سوم و هشتم الزامی است.**

نام و نام خانوادگی و امضاء مربی کلاس: ...............................

**زایمان**

**• تاریخ و ساعت زایمان:**

**• نوع زایمان: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکیوم سزارین** طبیعی با روش های کاهش درد نوع روش...................

**•** محل زایمان: بیمارستان **€** واحد تسهیلات زایمانی**€** **منزل€** **بین راه €**

 **• عامل زایمان:** پزشک/ ماما **€** ماما روستا/ بهورز ماما **€** **فرد دوره ندیده €**

**• تزریق آمپول رگام: بلی خیر**

**مشخصات نوزاد**

* **تعداد و جنسیت نوزاد:................... نمره آپگار:................ سن بارداری(هفته)...........**
* **قد:.............. وزن:.................... دور سر:.....................**
* **زمان اولین شیردهی به نوزاد:**

**پس از زایمان (مادر)**

**ارزیابی معمول**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **زمان مراقبت****اجزای مراقبت**  | **ملاقات اول****1 تا 3 روز** | **ملاقات دوم****10 تا 15 روز** | **ملاقات سوم****30 تا 42 روز** |
| **تاریخ مراجعه** |  |  |  |
| **فشار خون** |  |  |  |
| **درجه حرارت** |  |  |  |
| **میزان خونریزی** |  |  |  |
| **نمره غربالگری** **سلامت روان** |  |  |  |

* **تاریخ مراجعه بعدی مادر:....................................**

**مادر عزیز:**

**در صورت بروز هر یک از علائم خطر سریعاً با پزشک یا مامای خود (شماره تلفن ...........................) تماس بگیرید و یا به بیمارستان .......................... و یا مرکز بهداشتی- درمانی .................. مراجعه کنید.**

|  |  |
| --- | --- |
| **علائم خطر بارداری** | **علائم خطر پس از زایمان** |
| **- خونریزی یا لکه بینی****- تنگی نفس و تپش قلب** **- سردرد، تاری دید****- کاهش یا نداشتن حرکت جنین** **- آبریزش یا خیس شدن ناگهانی** **- درد و ورم یک طرفه ساق و ران****- درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل** **- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن****- استفراغ شدید و مداوم یا خونی** **- تب و لرز** **- ورم دستها و صورت، افزایش وزن ناگهانی (یک کیلوگرم یا بیشتر در هفته)****- عفونت، آبسه و درد شدید دندان** | **- خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول****- تنگی نفس و تپش قلب** **- سر درد****- درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها****- درد شکم و پهلوها** **- افسردگی شدید، بی قراری یا عصبانیت****- سوزش یا درد هنگام ادرار کردن** **- خروج ترشحات چرکی و بدبو از مهبل** **- درد و تورم و سفتی پستانها****- تب و لرز** **- درد و ورم یک طرفه ساق و ران** |

**چند توصیه بهداشتی در بارداری:**

**الف) برای کاهش تهوع و استفراغ صبحگاهی:**

مصرف یک وعده کوچک غذا مانند پنیر و بیسکویت ترد بلافاصله پس از بیدار شدن یا در طول شب، آرام خوردن غذا و در وعده های کم، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب، اجتناب از خالی نگه داشتن معده، دمای ملایم و سرد غذا، استفاده از دم کرده زنجبیل و بابونه و یا بوییدن آن، پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب.

**ب) برای کاهش ورم پاها:**

خودداری از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی طی روز، نگه داشتن پاها بالاتر از سطح زمین در هنگام استراحت،

**ج) رعایت نکات بهداشتی در موارد ترشح زیاد واژینال:**

تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی

**چند توصیه بهداشتی پس از زایمان:**

**رعایت بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی (حداقل هر 4 تا 6 ساعت) و لباس زیر تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه، شستن دست ها قبل از بغل کردن یا شیر دادن نوزاد، استراحت و خواب کافی، حمایت اطرافیان و همسر در انجام کارهای روزانه به ویژه در روزهای اول پس از زایمان، عدم استعمال دخانیات و دوری از موجهه با دود سیگار**

**علائم خطر نوزاد**

|  |
| --- |
| **علائم خطر نوزاد** |
| **- زردی 24 ساعت اول****- تو کشیده شدن قفسه سینه****- ناله کردن****- رنگ پریدگی شدید یا کبودی****- استفراغ مکرر شیر****- قرمزی اطراف چشم****- تحرک کمتر از حد معمول و بی حالی** | **- بی قراری و تحریک پذیری****- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف****- خوب شیر نخوردن****- عدم دفع مدفوع و ادرار در روزهای اول****- جوشهای چرکی منتشر در پوست****- تب یا سرد شدن اندامها و بدن****- خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها**  |

**چند توصیه برای مراقبت از نوزاد:**

**الف) مراقبت از ناف: پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوئید، در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن مانعی ندارد، کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچید، اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشویید و با پارچه تمیز خشک کنید، شکم یا ناف را بانداژ نکنید، هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و ...) روی ناف نگذارید، ناف را دستکاری نکنید.**

**ب) خواباندن نوزاد: نوزاد را به شکم نخوابانید. بهتر است نوزاد را به پهلو یا پشت بخوابانید، نوزاد تا 3 ماه نیاز به بالش ندارد.**

**پ) مراقبت از چشم: از هیچ ماده مانند سرمه و یا هیچ دارویی برای چشم بدون تجویز پزشک استفاده نکنید.**

**ت) پیشگیری از سوانح و حوادث: با حیوانات خانگی تنها نگذارید، هرگز به کودکان نسپارید، بالا و پایین نیندازید، از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کنید، محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و ... باشد، نوزاد و مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارید، در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و ...) قرار ندهید، در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارید، در جاهای بلند (میز و صندلی و ...) تنها رها نکنید، ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرید.**

**ث) گرم نگه داشتن نوزاد: نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا بالغین نیاز دارد، اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، گرم نگه دارید، در خلال روز، وی را بپوشانید، در شب، با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی شیر بخورد، در محل نمناک یا خنک قرار ندهید، نوزاد را حداقل تا 6 ساعت اول پس از تولد حمام نکنید، در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهید.**

**ج) دریافت مراقبت های معمول نوزاد:**

**مراقبت اول در روزهای 3 تا 5 پس از زایمان است. در این زمان خون پاشنه پا نوزاد نیز به منظور کنترل هیپوتیروئیدی گرفته می شود، مراقبت دوم در روزهای 14 تا15 پس از زایمان و مراقبت سوم در روز 30 تا 45 پس از زایمان است.**

**ملاحظات:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**دفتر سلامت خانواده و جمعیت**

**اداره سلامت مادران**