



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

موضوع: یکسان سازی فرم ها

با سلام و احترام

به منظور یکسان سازی فرم های بلوک زایمان در بیمارستان های کشور، افزایش دقت مستند سازی، تسهیل در تکمیل و جمع آماری داده ها، فرم هایی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت و با استفاده از نظرات کارشناسان محترم درمان دانشگاه های کشور و با نظارت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان و گروه مامایی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی طراحی و اصلاح گردید.

این فرم ها شامل شرح حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی و فرم های نوزاد تازه متولد شده و راهنمای تکمیل آن هاست. برگه های مذکور اختصاصی بلوک زایمان و بخش پس از زایمان تا ترخیص مادر است. فرم هایی مانند پذیرش، ترخیص، آموزش به بیمار، گزارش پرستار، دستورات پزشک، مراقبت های قبل از عمل جراحی و ... که به صورت عمومی برای سایر بخش ها نیز تکمیل می شود، در صورت نیاز می تواند به مجموعه فرم های بلوک زایمان افزوده شود.

برخی نکات در خصوص فرم ها به شرح زیر است:

- محتوای موجود در فرم ها می بایست ثابت باشد ولی مواردی مانند نام دانشگاه، نام بیمارستان و رنک حاشیه با توجه به ضوابط دانشگاه و مدارک پزشکی می تواند بازطراحی شود.
- شرح حال مادر باردار در دو برگ طراحی شده که می بایست به صورت پشت و رو چاپ شود.
- با توجه به اهمیت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی لازم است راهنمای تکمیل آن در پشت فرم چاپ گردد.
- شرح حال نوزاد بدو تولد در دو برگ طراحی شده که می بایست به صورت پشت و رو چاپ شود.

خواهشمند است دستور فرمایند این مجموعه به همراه راهنمای تکمیل آن (فایل پیوست) در اختیار بیمارستان ها قرار گیرد و به تدریج (حداکثر تا پایان خرداد ۹۴) جایگزین فرم های موجود در بخش زایمان گردد.

دکتر محمد آقاجانی
معاون درمان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

شرح حال مادر باردار

MEDICAL HISTORY (labor ward)

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:				
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Time:	ساعت:						

Chief complaint : علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living child:	نوزاد زنده	Abortion:	تعداد سقط:	Para:	تعداد زایمان:	Gravida:	تعداد حاملگی:
Dead Child:	نوزاد مرده	Still birth:	تعداد مرده زایی:				
LMP:	اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age:	سن بارداری:	EDC:	تاریخ احتمالی زایمان:	LMP:	اولین روز آخرین قاعدگی:
		by Sonography:	با سونوگرافی:				
Childbirth preparation class:	شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:			Prenatal care:	انجام مراقبت های بارداری:		
No:	خیر:	Yes:	بله:	No:	خیر:	Yes:	بله:
Cause:	علت:	Hospital Admission during Pregnancy:		سابقه بستری در بیمارستان در بارداری فعلی:			
				No: خیر: Yes: بله:			

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia	تالاسمی منور	Hypertension	فشارخون بالا	Diabetes	دیابت	Heart dis	بیماری قلبی
	نازایی و استفاده از روش های کمک باروری.	Genital tract disorder	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis	سل	Kidney dis	بیماری کلیوی
Infertility & ART		Psychiatric disorder	اختلال روانی	Asthma	آسم	Liver dis	بیماری کبدی
Surgical H story	سابقه عمل جراحی	Coagulopathy	اختلال انعقادی	Epilepsy	صرع	Thyroid dis	بیماری تیروئید
HbsAg, H V	هیپاتیت ب، ایدز						سایر:
Other:							

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family history: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

Fetus Malformation	جنین ناهنجار	زایمان با فورسپس یا واکيوم	dystocia	زایمان سخت	خونریزی پس از زایمان
		Vacuum or forceps delivery			post partum hemorrhage
Birth weight > 4000 gr	نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم	Post term labor	زایمان پس از موعد	Preterm labor	زایمان زودرس
					Blood Transfusion history
Previous deliveries:	نوع زایمان های قبلی:	نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم		نوزاد با وزن کمتر از 2500 gr	
If C/S Cause:	در صورت سزارین، علت آن:				
Other:					

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Current Medications & Addiction History داروهای مصرفی و وابستگی به مواد:

	Current Medications داروهای در حال مصرف
	Drug sensitivity حساسیت دارویی
	Addiction/ cigarette وابستگی به مواد مخدر/ سیگار

Physical Examination & Clinical Investigation معاینات بدنی و بررسی های بالینی

علائم حیاتی:

RR:	تنفس:	T:	درجه حرارت:	PR:	نبض:	BP:	فشارخون:
-----	-------	----	-------------	-----	------	-----	----------

Weight estimate:	تخمین وزن جنین:	FHR:	تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه:	Onset of labor pain:	زمان شروع درد:
-------------------------	-----------------	-------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------

معاینه واژینال:

Presentat on:	نمایش جنین:	Station:	جایگاه جنین:	Effacement:	افاسمان:	Dilatation:	دیلاتاسیون:
No	ندارد:	Yes	دارد:	Bleeding:	خونریزی:	Position:	وضعیت:
Amniotic fluid:	وضعیت مایع آمنیوتیک:	Time of rupture:	زمان پارگی:	Amniotic membrane	وضعیت کیسه آب		

Weight:	وزن:	Height:	قد:	Blood Group & Rh:	گروه خون و ارهانش:
				Partner's Rh:	ارهانش همسر (در صورت منفی بودن ارهانش مادر):

Physical Examination: معاینه فیزیکی:

Eyes:	<input type="checkbox"/>	چشم:	<input type="checkbox"/>
Nose:	<input type="checkbox"/>	بینی:	<input type="checkbox"/>
Mouth:	<input type="checkbox"/>	دهان:	<input type="checkbox"/>
Throat:	<input type="checkbox"/>	گلو:	<input type="checkbox"/>
Neck:	<input type="checkbox"/>	گردن:	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes:	<input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/>
Chest:	<input type="checkbox"/>	قفسه سینه:	<input type="checkbox"/>
Breast:	<input type="checkbox"/>	پستان:	<input type="checkbox"/>
Heart:	<input type="checkbox"/>	قلب:	<input type="checkbox"/>
Lung:	<input type="checkbox"/>	ریه:	<input type="checkbox"/>
Vessels:	<input type="checkbox"/>	عروق:	<input type="checkbox"/>
Abdomen:	<input type="checkbox"/>	شکم:	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female):	<input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):	<input type="checkbox"/>
Rectum:	<input type="checkbox"/>	مقعد:	<input type="checkbox"/>
Nervous System:	<input type="checkbox"/>	اعصاب:	<input type="checkbox"/>
Extremities:	<input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):	<input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles:	<input type="checkbox"/>	استخوان-مفاصل-عضلات:	<input type="checkbox"/>

Summary..... خلاصه

Primary Diagnosis..... تشخیص اولیه

Name Of Examining Physician : نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining: امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

شماره پرونده: **Unit Number:**

ثبت پیشرفت زایمان
Labor Progress Record

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:		
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:		Father Name:			
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:						
Time:	ساعت:			تاریخ تولد:		نام پدر:			
						Date	تاریخ		
						Time	ساعت		
						FHR	قلب جنین		
						Intensity	شدت		
								Frequency	فاصله
								Duration	مدت
						Dilatation			
						Effacement			
						Station			
						Presentation			
						Position			
						Amniotic Membrane			
						Medication Order			
						Oxytocin/misoprostol			
						Dose/Drop in min			
						P			
						BP			
						RR			
						T			
						Signature			

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

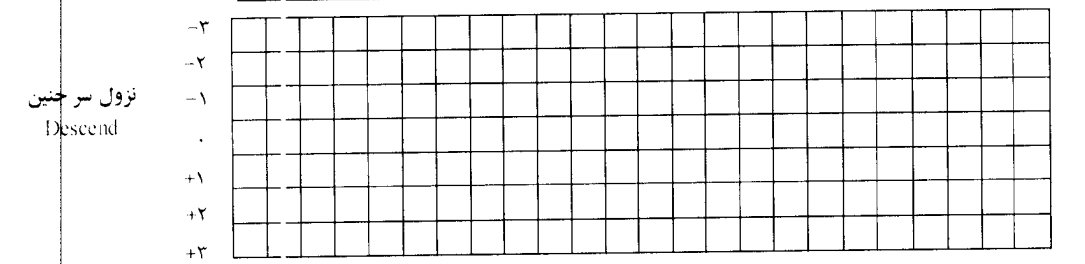
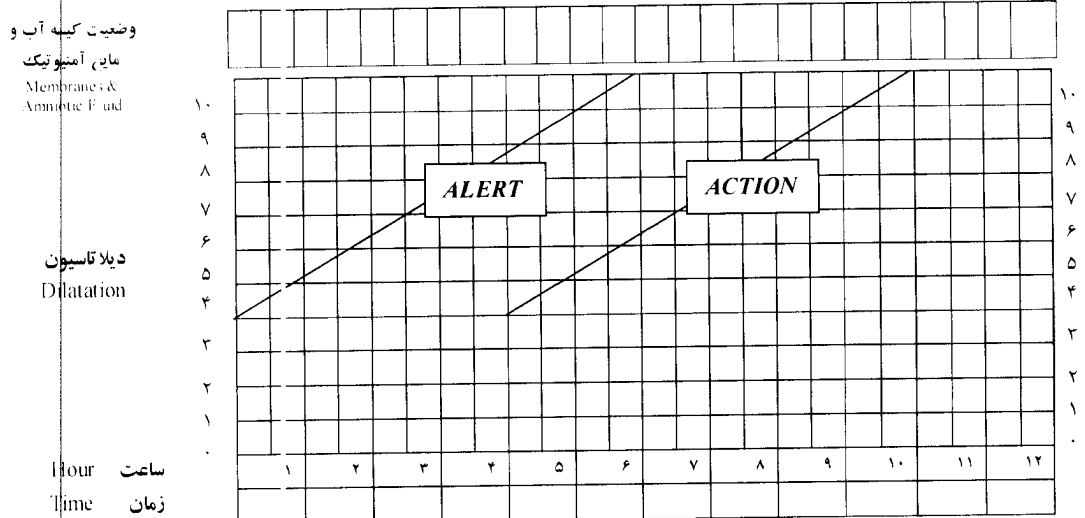
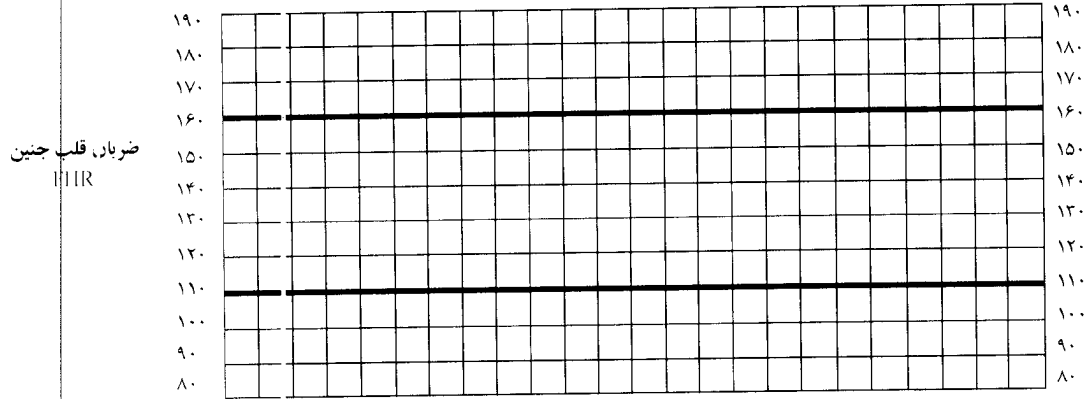
روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

Method:	نوع روش:
Onset of Pain management	ساعت شروع:
Duration	مدت زمان استفاده:
Labor support:	حضور همراه:
	Yes: بله / No: خیر
توضیحات:	

شماره پرونده: Unit Number:

پارتوگراف
 Partograph Chart

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Time:	ساعت:		



انقباض / 1 دقیقه
 Contraction / 1 min

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اکسی توسین (قطره دقیقه)
 Oxy. (drop/min)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

داروهای مصرفی
 Drug

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BP فشارخون
 PR نبض
 T درجه حرارت

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sign امضا

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit Number:

زایمان

Delivery

ID Number	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				
Time:	ساعت:						

Placenta expulsion :	ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time:	تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion :	خروج جفت و پرده ها:	Position of delivery :	وضعیت زایمان
Incomplete ناقص	Complete کامل	upright	Lithotomy لیٹاتومی
No: خیر:	Yes: بله	Episiotomy/	روش زایمان
		ایبی زیاتومی/	واژینال
If Laceration, degree of that:	در صورت پارگی، درجه آن: ۱ ۲ ۳ ۴	Instrumented delivery	واژینال با وسیله
		Cesarean	سزارین
Dead/مردہ	Alive/زنده	VBAC	واژینال بعد از سزارین
Apgar at ۵ دقیقه پنجم	Apgar at ۱ دقیقه اول	Infant Sex	جنس نوزاد
		Ambiguous مبهم	Male پسر
			Female دختر
	Midwife/ماما	Physician/پزشک	عامل زایمان / Birth attendant
			توضیحات ضروری:

داروهای مصرفی: Medications.....

Dose & time	ساعت، میزان و نحوه مصرف	Medication	نوع دارو	Dose & time	ساعت، میزان و نحوه مصرف	Medication	نوع دارو
		F _۲ α	پروستاگلاندین			Oxy.	اکسی توسین
		Prostaglandin F _۲ α				Methergine	مترژن
		Misoprostol	میزوپروستول			Antibiotic	آنتی بیوتیک
		Other	سایر:				

مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان..... Post partum care (۲ hour)

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)	ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)	Time	ساعت
			حال عمومی
			General appearance
			میزان خونریزی
			Bleeding
			وضعیت رحم
			Uterine
			وضعیت پرینه و محل بخیه
			Perineum & Suture
			وضعیت پستان ها و شیردهی
			Breast & Breast Feeding
			فشارخون
			Blood Pressure
			درجه حرارت
			Temperature
			تعداد نبض
			Pulse
			تعداد تنفس
			Respiratory Rate
			نام خانوادگی، مراقبت کننده
			Signature

مادر در تاریخ ساعت با فشارخون نبض وضعیت رحم میزان خونریزی حال عمومی به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت.

Unit Number: شماره پرونده:

مراقبت پس از زایمان
Post partum care

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			

هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص Post partum (till discharge)	ساعت سوم تا ساعت ششم پس از زایمان Post partum (۳-۶ hours)				ساعت
					Time
					حال عمومی و سطح هوشیاری Appearance & Consciousness
					میزان خونریزی Bleeding
					وضعیت رحم Uterus
					وضعیت پرینه و محل بخیه Perineum
					فشارخون Blood Pressure
					وضعیت پستان ها و شیردهی Breast & Breast Feeding
					درجه حرارت Temperature
					تعداد نبض Pulse
					تعداد تنفس Respiratory Rate
					میزان برون ده ادراری Urine Output
					داروهای مصرفی Medicines
					نام خانوادگی مراقبت کننده Signature

نتایج آزمایش های قبل از ترخیص.....
 Result of Lab before discharge.....
 هموگلوبین / Hb: سایر / Other:

آموزش و توصیه.....
Education & recommendation.....

Contraception روش پیشگیری از بارداری	Activity & Intercourse فعالیت و مقاربت	Individual & Emotional health بهداشت فردی و روان
Maternal danger sign علامت خطر مادری	New born danger sign علامت خطر نوزادی	New born care مراقبت از نوزاد
Next visit date زمان و مکان ملاقاتهای بعدی	Nutrition in breast feeding تغذیه زمان شیردهی	مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی breast feeding/ Breast care/ Using drug

Helping mother for second breast feeding date & time :

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر:

Name & Signature :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده

Discharge Date & Time :

تاریخ و ساعت ترخیص :

**ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی
 در بارداری و پس از زایمان**

شماره پرونده: Unit Number:

Risk assessment for venous thromboembolism(VTE)

ID Number کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission Time: تاریخ پذیرش: ساعت:	Bed: تخت:		

عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی	
Previous venous thromboembolism (VTE)	سابقه ترومبوآمبولی وریدی
Heritable thrombophilia	ابتلا به ترومبوفیلی ارثی
Acquired thrombophilia (Antiphospholipid antibody)	ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)

سایر عوامل خطر

شرایط عمومی و بارداری فعلی			
Intravenous drug user اعتیاد تزریقی	استعمال دخانیات بیش از نخ ۱۰ سیگار در روز Smoking > 10 Cigarettes/day	Age > ۳۵ years	سن بیش از ۳۵ سال
Gross Varicose Veins وریدهای واریسی	Paraplegia/Wheelchair user	فلج / استفاده از صندلی چرخدار	
Obesity (BMI > ۳۰ kg/m ^۲) either pre-pregnancy or early pregnancy/ weight > ۸۰ kg چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم			
Admission or Immobility (≥ 3 days) بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)			
OHSS سندرم هیپر استیمولیشن تخمدان	Multiple pregnancy چندقلویی	Parity ≥ ۳	زایمان سوم یا بیشتر
ART بارداری با اوشهای کمک باروری	Hyperemesis gravidarum استفراغ شدید بارداری	Dehydration	دهیدراتاسیون
ابتلا به بیماریها			
Pneumonia پنومونی	Lung disease بیماری ریوی	Heart disease	بیماری قلبی
SLE لوپوس	Cancer سرطان	Pyelonephritis	پیلونفریت
Current Systemic Infection عفونت سیستمیک کنونی		Sickle cell disease	بیماری سایکل سل
Nephrotic syndrome (proteinuria > ۳g/day)		سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از ۳ گرم در روز)	
Inflammatory Conditions (inflammatory bowel disease or inflammatory polyarthropathy) التهابها (بیماری التهابی روده، پلی آرتروپاتی التهابی)			
شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان			
Pre-eclampsia پره اکلامپسی	Caesarean سزارین (اورژانس یا غیر اورژانس)	لیبر طولانی (بیشتر از ۲۴ ساعت) Prolonged Labor (> ۲۴ hours)	
Postpartum infection عفونت پس از زایمان	Mid-cavity rotational operative delivery زایمان با فورسپس بالا	تزریق خون Blood transfusion	
Postpartum sterilization بستن لوله ها پس از زایمان طبیعی	Evacuation of retained products of conception کورتاژ	خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر Postpartum Hemorrhage (> 1 litre)	
Any surgical procedure in pregnancy or < ۶ weeks postpartum		هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا ۶ هفته)	

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

Date & time : تاریخ و ساعت تکمیل فرم

Mother's ID Number: کد ملی مادر:	شرح حال نوزاد بدو تولد NEWBORN BIRTH HISTORY	Mother's Unit Number: شماره پرونده:
----------------------------------	---	-------------------------------------

Mother's date of birth: تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name: نام خانوادگی مادر:
Consanguinity: نسبت خویشاوندی والدین:	Mother's Blood group & Rh: گروه خونی مادر:	Father's Familyname: نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD: پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality: ملیت مادر:	Father's Nationality: ملیت پدر:

تاریخچه پزشکی مادر..... Mother's Medical History.....

Delivery Method: روش زایمان	Gestational age (week): سن بارداری به هفته:	Gravidity: تعداد حاملگی:	Parity: تعداد زایمان:
Vaginal Delivery: واژینال	by sonography: سن بارداری با سونوگرافی:	Abortion: تعداد سقط:	Stillbirth: تعداد مرده زایی:
Instrumental delivery: واژینال با وسیله	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Stillbirth: تعداد مرده زایی:	
VBAC: واژینال بعد از سزارین	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:		
Cesarean: سزارین			

علت سزارین Cause of cesarean

Hypertension: فشارخون بالا	Fetal distress: زجر جنین	Abnormal labor: لیبر غیر طبیعی	Repeated Cesarean: سزارین قبلی
Cephalopelvic disproportion: عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean: خواست مادر	Malposition of fetus: نمایش غیرطبیعی	Placenta & Umbilical cord Disorders: مشکلات جفت و بندناف
Others: سایر			

Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Genito-urinary infections: عفونت های ادراری - تناسلی	Thyroid: بیماری تیروئید
Others: سایر	Hereditary disease in family: بیماری ارثی در خانواده		

Drug or substance abuse: سوء مصرف مواد و داروها

Duration: مدت مصرف:	Drug: نام دارو:	drugs before pregnancy: مصرف داروی خاص پیش از بارداری
---------------------	-----------------	---

Duration: مدت مصرف:	Drug: نام دارو:	drugs during pregnancy: مصرف داروی خاص حین بارداری
---------------------	-----------------	--

Drug: نام دارو:	Drug Sensitivity: حساسیت دارویی
-----------------	---------------------------------

Drugs during labor & delivery: مصرف دارو حین لیبر و زایمان:

Others: سایر	Corticosteroid: کورتیکواستروئید	Narcotic: داروی مخدر	MgSo4: سولفات منیزیم	Oxytocin: اکسی توسین
--------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

اطلاعات تولد Detail of the birth.....

Time & Date rupture of membrane: تاریخ و ساعت پارگی پرده ها

Amniotic fluid: وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid volume: حجم مایع آمنیوتیک:
Bloody: خونی	Normal: طبیعی
Meconium: مکنونیومی	Oligohydramnios: اولیگو هیدر آمنیوس
Clear: شفاف	Polyhydramnios: پلی هیدر آمنیوس

Newborn's time of birth: ساعت تولد نوزاد:	Newborn's date of birth: تاریخ تولد نوزاد:
---	--

plurality: تعداد قل:	Newborn Sex: جنس نوزاد:
Birth Order: رتبه قل:	Female: دختر
	Male: پسر
	Ambiguous: مبهم

Skin to skin contact Duration: مدت تماس پوست با پوست:	Urinating after birth: دفع ادرار بعد از تولد
Breast Feeding in first hour: تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد	Defecation after birth: دفع مدفوع بعد از تولد

Cord blood sample: نمونه خون شریان بندناف

وجود ناهنجاری بدو تولد: Congenital Anomaly

Nervous system: سیستم عصبی	Neural tube disorders: نقص لوله عصبی	No Anomaly: ناهنجاری ندارد
Down Syndrome: سندرم داون (تریزومی ۲۱)	Hands & Feet: دستها و پاها	Genito-urinary: دستگاه تناسلی، ادراری و کلیه
Cleft lip/palate: شکاف لب/شکاف کام	Other's Chromosomal anomalies: سایر ناهنجاری های کروموزومی	
Ear & eye: گوش و چشم	Musculoskeletal: عضلانی و اسکلتی	Cardiovascular: قلبی و عروقی
Others Non determined: سایر ناهنجاری های تعریف نشده	Face & Neck: گردن و صورت	

جدول آپگار
APGAR Score

۲۰ دقیقه	۱۵ دقیقه	۱۰ دقیقه	۵ دقیقه	۱ دقیقه	۲	۱	۰	نشانه Sign			
					کاملاً صورتی Completely pink	سیانوزانتهاها Acrocyanotic	سیانوزه یا رنگ ریده Blue or pale	رنگ Color			
					بیشتر از ۱۰۰ در دقیقه >۱۰۰ bpm	کمتر از ۱۰۰ در دقیقه < ۱۰۰ bpm	ندارد Absent	ضربان قلب Heart rate			
					گریه و واکنش فعال Cry & active Withdrawal	تغییر چهره Grimace	باسخ نمی دهد No response	واکنش به تحریک Reflex irritability			
					حرکت فعال Active motion	فلکسیون مختصر Some flexion	شل Limp	تون عضلانی Muscle tone			
					خوب، گریه می کند Good, Crying	گریه ضعیف، تنفس کم Weak cry & Hypoventilation	وجود ندارد Absent	تنفس Respiration			
جمع											
resuscitation احیاء						توضیحات:					
۲۰ دقیقه	۱۵	۱۰	۵	۱	Minutes						
					Oxygen اکسیژن						
					PPV/NCPAP						
					لوله گذاری داخل تراشه ETT						
					فشردن قفسه سینه Chest Compression						
					اپی نفرین Epinefrine						
The doctor birth Signed & sealed			مهر و امضای پزشک مسئول زایمان			Birth midwife/physician Signed & sealed			مهر و امضای عامل زایمان		



اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

اثر پای چپ نوزاد (Left) Newborn Foot Print (Left)

اثر پای راست نوزاد (Right) Newborn Foot Print (Right)

--	--

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

**Physical Examination &
Clinical Investigation of Newborn**

شماره پرونده: Mother's Unit Number:

کد ملی مادر: Mother's ID Number

Mother's date of birth: تاریخ تولد مادر:	Mother's First Name: نام مادر:	Mother's Family name: نام خانوادگی مادر:
Consanguinity: نسبت خویندایی والدین:	Mother's Blood group & Rh: گروه خونی مادر:	Father's Family name: نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant LMD: پزشک مسنرل زایمان:	Mother's nationality: ملیت مادر:	Father's Nationality: ملیت پدر:

تنفس / RR	دم/ما: T	نبض / PR	Vital Signs	علائم حیاتی
اولین معاینه Exam 1 st				
غیر طبیعی Abnormal	طبیعی Normal			
			Skull & Fontanel	جمجمه و ملاح ها
			Skin	پوست
			Head & Neck & Face	سر و گردن و صورت
			Chest & Respiratory	قفسه سینه و تنفس
			Heart	قلب
			Abdomen	شکم
			Genital Organ	دستگاه تناسلی
			Extremities	اندام ها
			Spain	ستون مهره ها
			Anus	مقعد
			Birth trauma	صدمات زایمانی
			Congenital Anomaly	ناهنجاریهای بدو تولد
			Others	سایر موارد
			Urination	دفع ادرار
			Defecation	دفع مدفوع
			Reflexes	رفلکس ها

Signed & sealed	- مهر و امضای معاینه کننده	Time & Date exam:	تاریخ و ساعت معاینه:
		Time & Date transfer	تاریخ و ساعت تحویل نوزاد
Signed & sealed	مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد	Signed & sealed	مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد

Physical Examination & Clinical Investigation

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

وزن به گرم: Birth weight (gr)		قد به سانتی متر: -		Height (cm)		دور سر به سانتی متر: -		Head Circumference (cm)	
سن به هفته: Birth age (week)									
علائم حیاتی		Vital Signs		نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:		نبض/PR: درجه حرارت/T: تنفس/RR:		دومین معاینه / Exam 2nd	
				اولین معاینه Exam 1st					
				طبیعی Normal		غیر طبیعی Abnormal		طبیعی Normal	
				غیر طبیعی Abnormal		غیر طبیعی Abnormal		غیر طبیعی Abnormal	
جمجمه و ملاحظه ها		Skull & Fontanel							
پوست		Skin							
سر و گردن و صورت		Head & Neck & Face							
قفسه سینه و تنفس		Chest & Respiratory							
قلب		Heart							
شکم		Abdomen							
دستگاه تناسلی		Genital Organ							
اندام ها		Extremities							
ستون مهره ها		Spain							
مقعد		Anus							
صدمات زایمانی		Birth trauma							
ناهنجاریهای بدو تولد		Congenital Anomaly							
سایر موارد		Others							
دفع ادرار		Urination							
دفع مدفوع		Defecation							
رفلکس ها		Reflexes							
تغذیه با شیر مادر		Breastfeeding :		مطلوب Desirable		مطلوب Desirable		مطلوب Desirable	
استفراغ:		Vomiting :		دارد Yes		دارد Yes		دارد Yes	
تب:		Fever :		ندارد No		ندارد No		ندارد No	
بیقراری:		Agitation :		دارد Yes		دارد Yes		دارد Yes	
سایر موارد		Other		ندارد No		ندارد No		ندارد No	
تاریخ و ساعت معاینه:		Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه:		تاریخ و ساعت معاینه:		تاریخ و ساعت معاینه:	
مهر و امضا پزشک:		Physician Signed:		مهر و امضا پزشک:		مهر و امضا پزشک:		مهر و امضا پزشک:	

راهنمای تکمیل فرم های بلوک زایمان

فرم های بلوک زایمان شامل فرم شرح حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی و فرم های نوزاد تازه متولد شده است. این فرم ها، اختصاصی بلوک زایمان و بخش پس از زایمان تا ترخیص مادر است. فرم هایی مانند پذیرش و ترخیص، آموزش به بیمار، گزارش پرستار، دستورات پزشک، مراقبت های قبل از عمل جراحی و که به صورت عمومی برای سایر بخش ها نیز تکمیل می شود، در صورت نیاز می تواند به مجموعه فرم ها افزوده شود.

شرح حال مادر باردار (Medical History)

این فرم توسط فرد پذیرش کننده در بلوک زایمان تکمیل می شود.

علت مراجعه: شکایت اصلی خانم باردار برای مراجعه به بیمارستان و بلوک زایمان و زمان شروع آن ثبت شود.

تاریخچه بیماری فعلی: نکات لازم در مورد شکایت اصلی مادر از قبیل نوع درد، شدت درد، میزان خونریزی، ... ثبت شود.

تاریخچه بارداری: موارد ذکر شده در جدول از قبیل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی و ... تکمیل شود. تعداد مراقبت ها اعم از مراکز دولتی و خصوصی طبق گفته مادر و یا دفتر چه مراقبت، نوشته شود. کلاس آمادگی برای زایمان: در صورت شرکت مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان تعداد جلسات نیز نوشته شود.

تاریخچه بیماری های قبلی: اگر مادر به هر یک از بیماری های زیر مبتلا بوده در این قسمت علامت گذاری شود. در صورت وجود هر بیماری در قسمت توضیحات، زمان شروع بیماری، مدت و دیگر توضیحات مرتبط با بیماری نوشته شود.

تاریخچه خانوادگی: اگر در خانواده درجه اول فرد، بیماری خاصی (ژنتیک، متابولیک، خونی، سرطان، ...) وجود دارد در این قسمت نوشته شود.

تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی: در صورت وجود هر مورد در بارداری و زایمان های قبلی علامت گذاری شود. زایمان سخت: موارد زایمان سخت از جمله دیستوشی شانه از مادر سؤال شود. در سابقه دریافت خون، ملاک فقط دریافت خون است و تعداد واحد آن مد نظر نیست. نوع زایمان های قبلی: با توجه به تعداد زایمان ها، نوع زایمان به تفکیک ثبت شود. در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم نوشته شود.

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: در صورتی که مادر دارویی مصرف می کند (به غیر از مکمل های دارویی)، با داروی حساسیت دارد و یا وابستگی به مواد مخدر/سیگار دارد در قسمت مربوط ثبت شود.

معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

- **علائم حیاتی** مادر در بدو پذیرش به عنوان علائم حیاتی پایه ثبت شود.
- زمان شروع دردهای زایمانی به ساعت نوشته شود. مثلاً ساعت ۸ یا ساعت ۱۴/۲۵ یا تعداد ضربان قلب جنین در یک دقیقه کامل و در زمان استراحت رحم شمارش و ثبت گردد. وزن جنین بر اساس ابعاد آن در مانور لئوپولد تخمین زده و به گرم ثبت گردد.
- در **معاینه واژینال**، جایگاه جنین: به صورت +۲ تا -۳، نمایش جنین: به صورت سفالیک، بریج و شانه، وضعیت: به صورت OA, OP, SA SP و وضعیت کیسه آب: به صورت سالم یا پاره، در صورت پارگی، زمان پارگی به ساعت و وضعیت مایع آمنیوتیک: به صورت شفاف، مکنونی و یا خونی نوشته شود.
- گروه خون و ارهاس مادر با توجه به نتیجه آزمایش (در بارداری یا بدو ورود) نوشته شود. در صورتی که ارهاس مادر منفی است، ارهاس همسر بررسی و ثبت گردد.
- قد و وزن مادر اندازه گیری و ثبت شود.
- **معاینه فیزیکی:** در صورتی که در مشاهده، معاینه و یا سمع مورد غیر طبیعی وجود داشت، در این قسمت ثبت شود.

خلاصه ای از نکات مهم و قابل تاکید در ثبت فرم در این قسمت نوشته شود. سپس فرد تکمیل کننده فرم، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و مضا نماید. تاریخ و ساعت نیز درج گردد. تکمیل کننده فرم می تواند ماما یا متخصص زنان و زایمان یا گروه آموزشی (دانشجوی مامایی، انترن، رزیدنت) زیر نظر استاد مربوطه باشد.

ثبت پیشرفت زایمان (Record Progress Labor)

در صورتی که مادر در فاز نهفته بستری شود می بایست فرم ثبت پیشرفت زایمان تکمیل گردد. پس از شروع فاز فعال زایمان، ادامه مراقبت ها در فرم پارتنوگراف نوشته می شود.

صدای قلب جنین، انقباضات رحمی، پیشرفت زایمان و علائم حیاتی مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان بررسی و تکمیل شود. وضعیت کیسه آب: پس از معاینه واژینال کیسه آب از نظر سالم یا پاره بودن و مایع آمنیوتیک از نظر شفاف، مکنونیومی و یخونی بررسی و ثبت گردد. پارگی کیسه آب با توجه به زمان آن ثبت شود.

دستورات دارویی: در صورتی که در فاز نهفته نیاز به تجویز دارو است در این قسمت ثبت شود.

اکسی توسین / میزوپروستول: در صورتی که نیاز به القای زایمان وجود دارد لازم است نام دارو و مقدار آن با توجه به ساعت شروع ثبت گردد.

نام و نام خانوادگی معاینه کننده در هر نوبت معاینه نوشته و مهر زده شود. نکته: در زمان تعویض شیفت لایم است تحویل گیرنده شیفت، صرف نظر از زمان معاینه قبلی، پیشرفت زایمان مادر را بررسی و فرم را تکمیل نماید.

• روش های کاهش درد (دارویی / غیر دارویی): در صورت استفاده از روش کاهش درد دارویی اسپینال، اپی دورال، انتونوکس) و یا غیر دارویی (گرما درمانی، سرما درمانی، ماساژ، استفاده از آب، ...) در حین لیبر- فاز نهفته و فعال- ساعت شروع و مدت زمان استفاده از آن نوشته شود. در صورت استفاده از داروهای سیستمیک مانند پتدین، در فرم پارتنوگراف درج شود.

حضور همراه: اگر همراه (آموزش دیده یا غیر آموزش دیده) بر بالین مادر حضور دارد، در این قسمت علامت گذاری شود.

توضیحات: سایر مواردی که نیاز است در مورد وضعیت مادر توضیح داده شود در این قسمت نوشته شود.

پارتوگراف (Partograph)

فرم پارتوگراف در فاز فعال زایمان برای مادر باردار مطابق دستورعمل مندرج در کتاب راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تکمیل شود.

زایمان (Delivery)

خلاصه وضعیت زایمانی مادر در این برگ ثبت شود. در صورتی که زایمان در اتاق عمل و به صورت سزارین انجام می شود میز می بایست این فرم تکمیل گردد.

- با توجه به موارد موجود در فرم، اطلاعات مربوط به زایمان شامل تاریخ و ساعت زایمان، ساعت و وضعیت خروج جفت (خروج ناقص جفت در مواردی علامت گذاری شود که اقدامی مانند کوراژ و یا انتقال به اتاق عمل برای خروج جفت انجام شده باشد و در اقدامات قسمت توضیحات نوشته شود)، وضعیت زایمان، روش زایمان و ... و خلاصه ای از وضعیت نوزاد ثبت شود. اطلاعات کامل نوزاد در برگ معاینه نوزاد ثبت می شود. در صورتی که نیاز به ذکر مطالب بیشتر است در قسمت توضیحات ضروری نوشته شود.
- داروهای مصرفی در صورت نیاز: داروهایی که در طول زایمان برای مادر تجویز شده است به همراه ساعت، میزان و طریقه مصرف آن نوشته شود.
- مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان:

ساعت اول پس از زایمان به چهار قسمت تقسیم شده که هر قسمت نشانه ۱۵ دقیقه است. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آژیته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی (مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان). مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا کند.

- در هنگام انتقال مادر از بلوک زایمان به بخش، اتاق عمل یا بخش مراقبت های ویژه، تاریخ، ساعت، میزان فشارخون و نبض مادر اندازه گیری و ثبت شود. وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم و شل، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان) و حال عمومی (هوشیار، آژیته، رنگ پریده، ...) وی نوشته و سپس مادر منتقل گردد.

مراقبت پس از زایمان (Post Partum Care)

- این فرم از ساعت سوم پس از زایمان تا ترخیص مادر، در بخش پس از زایمان تکمیل می گردد. از ساعت سوم تا ششم پس از زایمان، مادر هر یک ساعت و پس از آن هر ۶ ساعت تا ترخیص مراقبت می شود. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آریته، رنگ پریده، ...)، میزان خونریزی (طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و مهلک بر اساس تعریف راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان)، وضعیت رحم (سفت و جمع، نرم، ...)، وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال، از محل برش یا پانسمان سزارین)، وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی کنترل و ثبت شود. در صورتی که برای مادر در این مدت دارویی تجویز شده است، نام دارو، طریقه مصرف و میزان آن نوشته شود. مراقبت کننده، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا نماید.
- نتایج آزمایش قبل از ترخیص: هموگلوبین مادر قبل از ترخیص اندازه گیری و ثبت شود. در صورتی که نیاز به انجام آزمایش دیگری وجود دارد، نام و نتیجه آن نوشته شود.
- آموزش و توصیه: چنانچه فرم مجزایی برای آموزش به بیمار تهیه شده است، لازم است این فرم نیز تکمیل شود. در این فرم، عنوان آموزش مورد نیاز مادر قبل از ترخیص مادر آورده شده است.
- تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر ثبت شود.
- آموزش دهنده به مادر، نام و نام خانوادگی خود را ثبت و مهر و امضا نماید.
- تاریخ و ساعت ترخیص مادر نوشته شود.

تزریق سولفات منیزیم (Magnesium Sulfate Injection)

اگر برای مادر تشخیص پره اکلامپسی داده شده و نیاز به تزریق سولفات منیزیم دارد، این فرم به پرزنده مادر اضافه و تکمیل شود. تاریخ، ساعت، مقدار سولفات منیزیم، طریقه مصرف (عضلانی، وریدی)، وجود رفلکس پتلا، میزان مایعات دریافتی و برون ده ادراری و علائم حیاتی مادر بررسی و ثبت شود. مراقبت کننده در هر نوبت نام و نام خانوادگی خود را نوشته و مهر و امضا می کند.

ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان Risk assessment for Venous ThromboEmbolism (VTE)

این فرم باید برای کلیه مادران بستری در بیمارستان (از ابتدای بارداری تا ۶ هفته پس از زایمان) تکمیل شود. همچنین در صورت بوجود آمدن هر یک از شرایط زیر مجدداً باید ارزیابی خطر انجام و فرم تکمیل شود:

- پس از ۳ روز بستری در بیمارستان
- در صورتی که بیمار در حین بستری، برای سزارین یا هر عمل جراحی دیگر به اتاق عمل منتقل شود (قبل از انتقال به اتاق عمل)
- پس از زایمان طبیعی

تکمیل کننده فرم ترجیحاً باید پزشک معالج باشد. در صورتی که ماما این فرم را تکمیل می کند باید پزشک معالج آن را مطالعه نموده و در نهایت تصمیم گیری در مورد اقدام بعدی (تجویز داروی ضد انعقاد و مدت زمان آن یا) بر عهده پزشک است.

• عوامل خطر مربوط سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یا ابتلا به ترومبوفیلی: این موارد، مهمترین عوامل خطر ابتلا به ترومبوآمبولی می باشد و باید به دقت پرسیده شود و در صورت وجود هر یک از آنها، در خانه مربوطه علامت زده شود.

سابقه ترومبوآمبولی وریدی، که می تواند وجود هر یک از حالت های زیر باشد:

- سابقه بیش از یک بار VTE یا بدون زمینه
- سابقه یک بار VTE بدون زمینه
- سابقه یک بار VTE وابسته به استروژن (هنگام بارداری یا مصرف قرص های پیشگیری حاوی استروژن)
- سابقه یک بار VTE به همراه ابتلا به هر نوع ترومبوفیلی ارثی یا اکتسابی (آنتی فسفولیپید آنتی بادی)
- سابقه یک بار VTE به همراه تاریخچه خانوادگی VTE
- سابقه یک بار VTE که با یک عامل زمینه ای غیر وابسته به استروژن (تروما یا جراحی و...) همراه بوده است

ابتلا به ترومبوفیلی ارثی: منظور ابتلا به هر یک از این بیماریها است مانند کمبود پروتئینهای C یا S، فاکتور ۵ لیدن از نوع هموزیگوت یا هتروزیگوت، کمبود آنتی ترومبین، ژن پروترومبین G20210A از نوع هموزیگوت یا هتروزیگوت
ابتلا به ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید):

عبارتست از وجود حداقل یک معیار آزمایشگاهی همراه با حداقل یک معیار بالینی به شرح زیر:

- معیارهای آزمایشگاهی: لوپوس آنتی کوآگولان- آنتی بادی آنتی کاردیولین (IgM و یا IgG) با تیر بالا یا متوسط- آنتی بتا دو گلیکوپروتئین یک (IgM یا IgG)
- معیارهای بالینی: یک یا بیشتر اپیزود ترومبوز وریدی، شریانی یا عروق کوچک در هر یک از اعضا یا بافتها- زایمان پره ترم قبل از ۳۴ هفته به علت پره اکلامپسی شدید یا نارسایی حفت- حداقل سه مورد سقط پشت سر هم قبل از هفته ۱۰ بارداری- حداقل یک مورد مرگ غیر قابل توجه جنین بعد از هفته ۱۰ بارداری

- **شرایط عمومی و بارداری فعلی:** پاسخ سوالات مربوط به شرایط عمومی و بارداری فعلی بیمار در این قسمت علامت زده شود
- **ابتلا به بیماریها:** وضعیت ابتلا به هر یک از بیماریها در این قسمت علامت زده شود.
- **شرایط مربوط به دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان:** وضعیت بیمار در حین دردهای زایمان، زایمان و پس از زایمان (تا ۱۰ هفته بعد)، نوع

زایمان و برخی عوارض که احتمال خطر ترومبوآمبولی را افزایش می دهد در این قسمت تعیین و علامت زده شود.
در صورتی که مادر هر یک از عوامل خطر فوق را داشته باشد باید مطابق دستور عمل کشوری، وضعیت مادر ارزیابی و تصمیم گیری شود. بر حسب وضعیت، مادر در قسمت نتیجه بررسی به شرح زیر نوشته شود:

- بیمار از نظر خطر ابتلا به ترومبوآمبولی در گروه کم خطر یا خطر متوسط یا پر خطر می باشد.
- بیمار نیاز به تجویز داروی ضد انعقاد دارد (با ذکر مدت زمان آن) / ندارد.
- بیمار نیاز به پیشگیری مکانیکی (جوراب الاستیک یا) دارد.
- بیمار نیاز به هشدار و مراقبت (Clinical Vigilance) در مورد ترومبوآمبولی دارد
- آموزش در مورد تحرک کافی و مصرف مایعات به بیمار داده شد
-

در انتهای فرم، تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی پزشک نوشته شده و مهر و امضا شود.

نکته: دستور عمل کشوری به شماره ۴۰۰/۹۶۳ د مورخ ۹۲/۲/۲ به معاونت درمان دانشگاهها ارسال شده و لازم است که متن آن در محل مناسبی در معرض دید پزشکان و کارکنان نصب شود.

راهنمای تکمیل برگه های نوزاد تازه متولد شده

برگه های نوزاد شامل "شرح حال نوزاد بدو تولد" و "معاینه بدنی و بررسی های پزشکی" است.

شرح حال نوزاد بدو تولد (Newborn Birth History)

این برگه شامل دو صفحه است که صفحه اول توسط عامل زایمان و صفحه دوم توسط مراقب نوزاد، که می تواند عامل زایمان نیز باشد تکمیل می گردد.

تاریخچه پزشکی مادر: موارد ذکر شده در جدول شامل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط و مرده زایی تکمیل شود. سن بارداری به هفته بر اساس سونوگرافی مربوط به سه ماهه اول، سه ماهه دوم و سه ماهه سوم، هم چنین بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادر، ثبت می گردد. روش زایمان بر اساس گزینه های مربوطه انتخاب شود. در صورتی که علت زایمان سزارین است، از جدول مربوط به علت سزارین یک علت به عنوان علت اصلی انتخاب و علامت زده شود.

در صورت وجود بیماری علت بیماری مادر از گزینه های تعیین شده علامت گذاری شود. در صورت وابستگی مادر به مواد، نام ماده یا داروی مصرفی ذکر گردد.

مصرف داروی خاص که جهت درمان بیماری در پیش از بارداری و بارداری استفاده می شود مانند لوبوتیروکسین در کم کاری تیروئید و یا داروهای فشار خون جزو داروهای خاص دسته بندی می گردند که باید انتخاب شود و مدت زمان مصرف ذکر گردد. در صورت وجود حساسیت دارویی (غذایی و فصلی مورد نظر نمی باشد) این گزینه با ذکر نوع دارو انتخاب می گردد. مصرف دارو در حین لیبر و زایمان از گزینه های مربوطه انتخاب می گردد و اگر نوع دارو خارج از داروهای ذکر شده باشد گزینه سایر انتخاب گردد ولی نیاز به ذکر نوع دارو نیست.

اطلاعات تولد: در این جدول اطلاعات خواسته شده در مورد تاریخ و ساعت پارگی پرده ها، وضعیت مایع آمنیوتیک، جنسیت، ساعت و تاریخ تولد و تعداد قل نوزاد، دفع ادرار و مکونیوم بعد تولد، مدت زمان تماس پوست با پوست و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول ثبت گردد.

در صورت تهیه خون بندناف گزینه های مورد نظر را بنویسید.

در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد، نوع ناهنجاری به هر تعداد مشخص و ثبت گردد.

نمره آپگار نوزاد در جدول آپگار با توجه به وضعیت نوزاد انتخاب و ثبت گردد. آپگار می بایست در دقیقه ۱ و ۵ نمره دهی شود. اگر عدد آپگار در دقیقه پنجم کمتر از ۷ باشد، اندازه گیری دقیق ۱۵ و ۲۰ صورت می گیرد. در تمامی مراحل وقایع رخ داده در جریان، احسا و نیز زمان وقوع آن به دقت ذکر گردد.

نام و نام خانوادگی عامل زایمان و پزشک مسئول زایمان ثبت و مهر و امضا شود.

در انتها نیز اثر انگشت مادر و اثر پای نوزاد ثبت گردد.

معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد

(Physical Examination & Clinical Investigation of Newborn)

در جدول معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد، علائم حیاتی و نتایج معاینه بدنی نوزاد ثبت می گردد (این معاینه اولیه نوزاد توسط عامل زایمان و ترجیحاً مامای مراقب نوزاد انجام می شود).

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده و تحویل گیرنده نوزاد ثبت و مهر و امضا گردد.

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

در این برگه علائم حیاتی، وزن، اندازه های نوزاد و معاینه بدنی نوزاد توسط پزشک در دو نوبت در ۲۴ ساعت اول و ترجیحاً در ۱۲ ساعت بدو تولد و معاینه دوم قبل از ترخیص انجام شده و ثبت می گردد.