



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 آوری داده ها، فرم هایی توسط اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت 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 و ریدی 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 رنگ 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 آقا جانی
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:

Unit Number: شماره پرونده:

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 Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
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:	FDC: 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	چندبار	Yes: بله	چندبار
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
Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی	
Infertility & ART: ناباروری و استفاده از روش های کمک باروری	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
HbsAg, H V: هیپاتیت ب، ایدز			سایر:

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	سابقه دریافت خون
			Blood Transfusion history
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:			نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم
IC/S Cause: در صورت سزارین، علت آن:			Birth weight < 2500 gr
Other: سایر:			

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

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

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

معاینات بدنی و بررسی های بالینی Physical Examination & Clinical Investigation

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: Vaginal exam

Presentat on:	نمایش - نین:	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):

معاینه فیزیکی: Physical Examination:

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"/>

خلاصه: Summary

تشخیص اولیه: Primary Diagnosis

Name Of Examining Physician:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

Signature Of Examining:

امضاء و سمت:

Time : ساعت:

Date : تاریخ:

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:

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:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				
Time:	ساعت:						
						Date	تاریخ
						Time	ساعت
						FHR	قلب جنین
						شدت	انقباض رحمی Uterus contraction
						Intensity	
						فاصله	
						مدت	دیلاتاسیون Dilatation
						Duration	
						افاسمان	Effacement
						ایستگاه	Station
						عضو نمایش	Presentation
						وضعیت	Position
						کیسه آب	Amniotic Membrane
						دستورات دارویی	Medication Order
						اکسی توسین امیزوپروستول	Oxytocin/misoprostol
						تعداد قطره / مقدار	Dose/Drop in min
						P	تعداد نبض
						BP	فشارخون
						RR	تعداد تنفس
						T	درجه حرارت
						نام و نام خانوادگی مراقبت کننده	Signature

Pain management (Pharmacological, Non- Pharmacological)

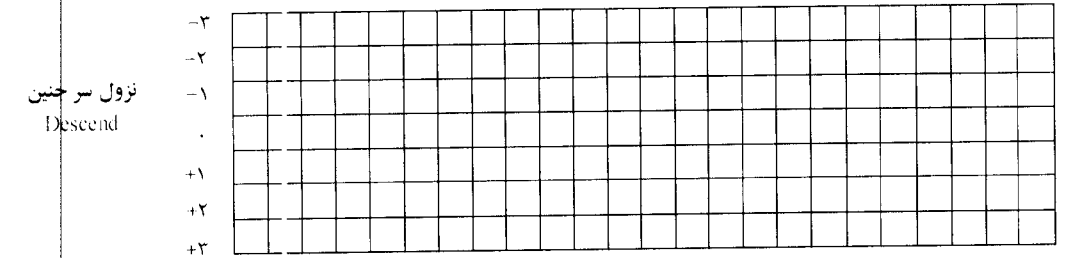
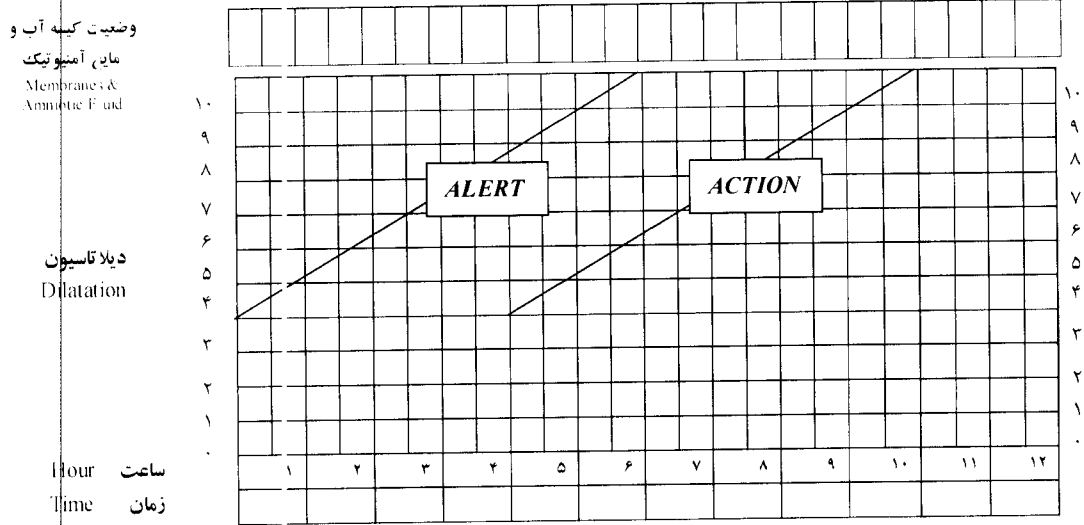
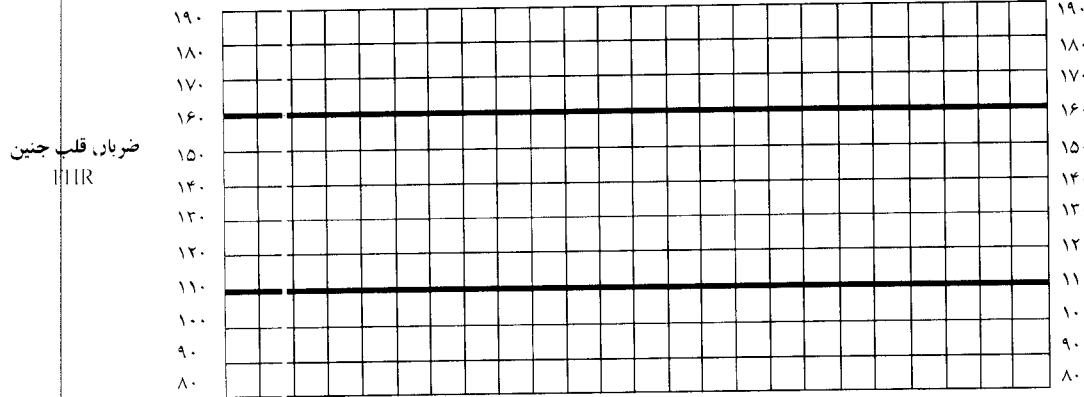
روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

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 Time:	تاریخ پذیرش: ساعت:	Bed:	تخت:				



انقباض / ۱ دقیقه
Contraction / 1 min

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

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

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

داروهای مصرفی
Drug

BP	فشارخون										
PR	نبض										
T	درجه حرارت										

Sign امضا

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

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 Time:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				

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 لیتانومی
No: خیر: Yes: بله: ۴ ۳ ۲ ۱	اپی زیانومی/Episiotomy	Delivery Method	روش زایمان
If Laceration, degree of that:	در صورت پارگی، درجه آن:	Instrumented delivery	واژینال با وسیله
		Cesarean	واژینال بعد از سزارین
Dead/مردده	زنده/Alive	Infant Sex	جنس نوزاد
Apgar at ۵	Apgar at ۱	Ambiguous مبهم	Female دختر
		Male پسر	عامل زایمان / Birth attendant
	Midwife/ماما	Physician/پزشک	توضیحات ضروری:

داروهای مصرفی:

Dose & time	ساعت، میزان و نحوه مصرف	Medication	نوع دارو
		F _۲ α	پروستاگلاندین
		Prostaglandin F _۲ α	
		Misoprostol	میزوپروستول
		Other	سایر:

مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان

ساعت دوم پس از زایمان Post partum care (second hrs)	ساعت اول پس از زایمان Post partum care (first hrs)	ساعت Time
		حالت 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 حالت 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 Time:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				

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	reast feeding/ Breast care/ Using drug

تاریخ و ساعت کمک به مادر در دومین تغذیه با شیر مادر: Helping mother for second breast feeding date & time :

نام خانوادگی و امضاء آموزش دهنده: نام خانوادگی و امضاء :
 تاریخ و ساعت ترخیص: Discharge Date & Time :

شماره پرونده: **Unit Number:**

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

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 Admission	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Time:	ساعت:						

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	Age > ۳۵ years	سن بیش از ۳۵ سال
		استعمال دخانیات بیش از نخ ۱۰ سیگار در روز	
		Smoking > ۱۰ Cigarettes/day	
Gross Varicose Veins	وریدهای واریسی	Paraplegia/Wheelchair user	فلج / استفاده از صندلی چرخدار
			چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری / وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم
Obesity (BMI > ۳۰ kg/m ^۲) either pre-pregnancy or early pregnancy/ weight > ۸۰ kg			
Admission or Immobility (≥ 3 days)			بستری در بیمارستان، ICU یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستری)
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
		Sickle cell disease	بیماری سایکل سل
		Current Systemic Infection	عفونت سیستمیک کنونی
		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)	
			تزریق خون
Postpartum infection	عفونت پس از زایمان	Mid-cavity rotational operative delivery	زایمان با فورسپس بالا
		Blood transfusion	
			خونریزی پس از زایمان بیش از یک لیتر
Postpartum sterilization	بستن لوله ها پس از زایمان طبیعی	Evacuation of retained products of conception	کورتاز
			Postpartum Hemorrhage (> ۱ litre)
			هر نوع عمل جراحی در بارداری یا پس از زایمان (تا ۶ هفته)
		Any surgical procedure in pregnancy or < ۶ weeks postpartum	

Result Assessment:

نتیجه بررسی:

Name & Signature

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک معالج:

Date & time : نام و ساعت تکمیل فرم

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

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

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 Family name: نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD: پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality: ملیت مادر:	Father's Nationality: ملیت پدر:

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

Delivery Method: روش زایمان	Gestational age (week): سن بارداری به هفته:	Gravidity: تعداد حاملگی:
Vaginal Delivery: واژینال	by sonography: سن بارداری با سونوگرافی:	Parity: تعداد زایمان:
Instrumented delivery: واژینال با وسیله	by LMP: سن بارداری با اولین روز آخرین قاعدگی:	Abortion: تعداد سقط:
VBAC: واژینال بعد از سزارین	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:	Stillbirth: تعداد مرده زایی:
Cesarean: سزارین	Cause of cesarean: علت سزارین	
Hypertension: فشارخون بالا	Fetal distress: زجر جنین	Abnormal labor: لیبر غیر طبیعی
Cephalopelvic disproportion: عدم تناسب سر با لگن	Elective Cesarean: خواست مادر	Malposition of fetus: نمایش غیرطبیعی
Others: سایر	Placenta & Umbilical cord Disorders: مشکلات جفت و بندناف	Repeated Cesarean: سزارین قبلی
Hypertension: فشارخون بالا	Diabetes: دیابت	Genito-urinary infections: عفونت های ادراری - تناسلی
Others: سایر	Hereditary disease in family: بیماری ارثی در خانواده	Thyroid: بیماری تیروئید
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: کورتیکو استروئید	Narcotic: داروی مخدر
	MgSo4: سولفات منیزیم	Oxytocin: اکسی توسین

Detail of the birth..... اطلاعات تولد.....

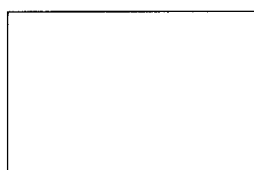
Time & Date rupture of membrane: تاریخ و ساعت پارگی پرده ها		
Amniotic fluid: وضعیت مایع آمنیوتیک:	Amniotic fluid volume: حجم مایع آمنیوتیک:	
Bloody: خونی	Meconium: مکنونیومی	Clear: شفاف
		Oligohydramnios: اولیگو هیدرآمیوس
		Polyhydramnios: پلی هیدرآمیوس
Newborn's time of birth: ساعت تولد نوزاد:	Newborn's date of birth: تاریخ تولد نوزاد:	
plurality: تعداد قل:	Newborn Sex: جنس نوزاد:	
Birth Order: رتبه قل:	Ambiguous: مبهم	Male: پسر
		Female: دختر
Skin to skin contact Duration: مدت تماس پوست با پوست:	Urinating after birth: دفع ادرار بعد از تولد	Defecation after birth: دفع مدفوع بعد از تولد
Breast Feeding in first hour: تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد	Cord blood sample: نمونه خون شریان بندناف	

Congenital Anomaly: وجود ناهنجاری بدو تولد:

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	Gastrointestinal: گوارش	Musculoskeletal: عضلانی و اسکلتی
Others Non determined: سایر ناهنجاری های تعریف نشده		Cardiovascular: قلبی و عروقی
		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 ریبه 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	پاسخ 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								
احیاء resuscitation						توضیحات:		
۲۰ دقیقه	۱۵ دقیقه	۱۰ دقیقه	۵ دقیقه	۱ دقیقه	Minutes			
					اکسیژن Oxygen			
					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**

Mother's ID Number: **کد ملی مادر:**

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 خویندایی والدین:	Mother's Blood group & Rh: گروه خونی مادر:	Father's Family name: نام و نام خانوادگی پدر:
Birth Attendant MD: پزشک مسئول زایمان:	Mother's nationality: ملیت مادر:	Father's Nationality: ملیت پدر:

علائم حیاتی		Vital Signs	
تنفس / RR:	دم/ما: T:	نبض / PR:	
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:	
		اولین معاینه Exam 1st		دومین معاینه Exam 2nd	
		طبیعی Normal		طبیعی Normal	
		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	
استفراغ:		Vomiting :		مطلوب Desirable	
تب:		Fever :		مطلوب Desirable	
بیقراری:		Agitation :		مطلوب Desirable	
سایر موارد		Other		مطلوب Desirable	
تاریخ و ساعت معاینه:		Date & Time:		تاریخ و ساعت معاینه:	
مهر و امضا پزشک:		Physician Signed:		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، تزیق 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 ۳+ 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 پارتوگراف 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، مکونیومی و یه خونی 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 پارتوگراف 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 نیز 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، آرتیه، 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، آرتیه، 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 منیزیوم (Magnesium Sulfate Injection)

اگر برای مادر تشخیص پره اکلامپسی داده شده و نیاز به تزریق سولفات منیزیوم دارد، این فرم به پرینده مادر اضافه و تکمیل شود. تاریخ، ساعت، مقدار سولفات منیزیوم، 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 مجدد 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 با 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 ...) همراه بوده است
- ابتلا به ترومبوفیلی ارثی: منظور ابتلا به هر یک از این بیماریها است مانند کمبود پروتئین های 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 کاردیولپین (IgM یا IgG) با تیر بالا یا متوسط - آنتی نتا 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
- عوامل خطر بعدی در قسمتهای زیر باید از مادر سوال شده یا پس از مطالعه پرونده در خانه مربوطه علامت زده شود.

- **شرایط عمومی و بارداری فعلی:** پاسخ سوالات مربوط به شرایط عمومی و بارداری فعلی بیمار در این قسمت علامت زده شود
- **ابتلای 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 لووتیروکسین 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، احیا 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، علایم 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 علایم 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.