



ثبت و گزارش نویسی و اقدامات در زایشگاه

گزارش بدورود

۱. علت مراجعه: ثبت شکایت اصلی خانم باردار برای مراجعه به بیمارستان و بلوک زایمان و زمان شروع آن
۲. تاریخچه بارداری: تکمیل موارد ذکر شده در جدول از قبیل تعداد حاملگی، تعداد زایمان، سقط، مرده زایی و ...
۳. تاریخچه بیماری فعلی: ثبت نکات لازم در مورد شکایت اصلی مادر از قبیل نوع درد، شدت درد، میزان خونریزی و ...
۴. کلاس آمادگی برای زایمان: ثبت در صورت شرکت مادر در کلاس های آمادگی برای زایمان و ذکر تعداد جلسات
۵. تاریخچه بیماری های قبلی و خانوادگی: اگر مادر به هر بیماری مبتلا بوده ثبت شود. در صورت وجود هر بیماری زمان شروع بیماری، مدت و دیگر توضیحات مرتبط با بیماری نوشته شود و اگر در خانواده درجه اول فرد، بیماری خاصی (ژنتیک، متابولیک، خونی، سرطان، ...) وجود دارد، نوشته شود.
۶. زایمان سخت: موارد زایمان سخت از جمله دیستوشی شانه از مادر سؤال شود.
۷. سابقه دریافت خون: ملاک فقط دریافت خون است و تعداد واحد آن مد نظر نیست.
۸. نوع زایمان های قبلی: با توجه به تعداد زایمان ها، ثبت نوع زایمان به تفکیک
۹. داروهای مصرفی و وابستگی به مواد و حساسیت دارویی و غذایی:
۱۰. معاینات بدنی و بررسی های بالینی
۱۱. ثبت علائم حیاتی مادر در بدو پذیرش به عنوان علائم حیاتی پایه
۱۲. ثبت زمان شروع دردهای زایمانی به ساعت مثلاً ساعت ۸
۱۳. ثبت و شمارش تعداد ضربان قلب جنین در یک دقیقه کامل و در زمان استراحت رحم
۱۴. ثبت وزن جنین بر اساس آخرین سونوگرافی
۱۵. ثبت جایگاه جنین در معاینه واژینال: به صورت ۳ + تا ۳ - ، نمایش جنین: به صورت سفالیک، بریچ و شانه، وضعیت: به صورت OA, OP, SA, ...
۱۶. ثبت وضعیت کیسه آب: به صورت سالم یا پاره، در صورت پارگی، زمان پارگی به ساعت و وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف، مکنونیومی و یا خونی
۱۷. ثبت گروه خون و RH مادر با توجه به نتیجه آزمایش (در بارداری یا بدو ورود). در صورتی که RH مادر منفی است، بررسی و ثبت RH همسر
۱۸. ثبت موارد غیرطبیعی در مشاهده، معاینه و یا سمع (نظیر بثورات پوستی، ناتوانی عضو اسکلتی عضلانی، ناهنجاری های مادر، آثار خودزنی و ...)
۱۹. ذکر سطح هوشیاری و نحوه برقراری ارتباط
۲۰. سطح مراقبتی
۲۱. ذکر اتصالات تحویل گرفته و تعبیه شده برای مادر
۲۲. نحوه فعالیت (RBR - CBR)
۲۳. رژیم غذایی
۲۴. ذکر رضایت و یا عدم رضایت مادر باردار از حرکات جنین خود (در صورت عدم رضایت مادر از حرکات جنین، ثبت زمان دقیق عدم تحرک جنین)
۲۵. ذکر نوع و حجم ترشحات و مایعات خروجی مادر (نظیر خون، مایع آمنیوتیک، ادرار و ...)
۲۶. در مورد مادران پره اکلامپسی ذکر تداوم و یا بهبود علائم **sever sign**، حجم و رنگ ادرار، چک علائم مسمومیت با سولفات
۲۷. تطابق سن حاملگی با طول رحم مادر از نظر ماکروزومی، **SGA** و یا احتمال **IUGR** (تطابق **GA** با **FH**)

گزارش لیبر

۱. ثبت و امضا نام و نام خانوادگی معاینه کننده در هر نوبت معاینه
۲. در زمان تعویض شیفت لازم است تحویل گیرنده شیفت، صرف نظر از زمان معاینه قبلی، پیشرفت زایمان مادر را بررسی و فرم را تکمیل نماید.
۳. روش های کاهش درد (دارویی / غیر دارویی): در صورت استفاده از روش کاهش درد دارویی (اسپینال، اپی دورال و...) 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.
۴. درج در فرم در صورت استفاده از داروهای سیستمیک مانند پتدین
۵. ثبت زمان ویزیت توسط پزشک و انجام نوارقلب جنین
۶. آموزش و توصیه: آموزش آشنایی با فضای فیزیکی بخش و پرسنل، پیشگیری از سقوط، استفاده از زنگ احضار پرستار، زایمان فیزیولوژیک، تکنیک تنفسی، تماس پوستی و شیردهی و ...
۷. توضیحات: سایر مواردی که نیاز است در مورد وضعیت مادر توضیح داده شود.

گزارش زایمان



۱. تاریخ و ساعت زایمان، جنسیت نوزاد و آپکار نوزاد
۲. ساعت و وضعیت خروج جفت (در صورت خروج ناقص جفت در مواردی مانند کوراژ و یا انتقال به اتاق عمل)
۳. برای خروج جفت انجام شده باشد، نوشته شود، وضعیت زایمان، روش زایمان و وضعیت رحم و ... ()
۴. ثبت خلاصه ای از وضعیت نوزاد
۵. ثبت اطلاعات کامل نوزاد در برگ معاینه نوزاد
۶. در صورتی که نیاز به ذکر مطالب بیشتر است در قسمت توضیحات ضروری نوشته شود.
۷. 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.
۸. ثبت اطلاعات مرتبط با پارگی و سوچور های انجام شده در پرینه
گزارش پس از زایمان
۱. در هنگام انتقال مادر از بلوک زایمان به بخش، اتاق عمل یا بخش مراقبت های ویژه، اندازه گیری و ثبت تاریخ، ساعت، میزان فشارخون و نبض مادر
۲. وضعیت رحم
۳. وضعیت مادر از نظر حال عمومی (هوشیار، نیمه هوشیار، آژیته، رنگ پریده و...)، میزان خونریزی (بر اساس تعریف راهنمای خدمات مامایی و زایمان)
۴. وضعیت پرینه و محل بخیه (درد، ادم، هماتوم، خونریزی فعال از محل برش یا پانسمان سزارین)
۵. وضعیت پستان و شیردهی مادر و علائم حیاتی کنترل و ثبت شود.
۶. ثبت نام دارو، طریقه مصرف و میزان آن در صورتی که برای مادر در این مدت دارویی تجویز شده است..
۷. نتایج آزمایش قبل از ترخیص: اندازه گیری و ثبت هموگلوبین مادر قبل از ترخیص (ثبت نام و نتیجه آن در صورت نیاز به انجام آزمایش دیگری)
۸. آموزش و توصیه: ثبت عناوین آموزشی مورد نیاز قبل از ترخیص مادر
۹. ثبت تاریخ و ساعت ترخیص مادر
گزارش نوزاد
۱. ثبت تاریخ و ساعت پارگی پرده ها ، وضعیت مایع آمنیوتیک
۲. ثبت جنسیت، ساعت و تاریخ تولد و تعداد قل نوزاد
۳. ثبت دفع ادرار و مکونیوم بعد تولد
۴. ثبت مدت زمان تماس پوست با پوست و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول.
۵. مشخص نمودن و ثبت در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد، نوع ناهنجاری به هر تعداد
۶. انتخاب و ثبت نمره آپگار نوزاد در جدول آپگار با توجه به وضعیت نوزاد
۷. ذکر تمامی مراحل وقایع رخ داده در جریان احیا و نیز زمان وقوع آن به دقت
۸. ثبت و مهر و امضا نام و نام خانوادگی عامل زایمان و پزشک مسئول زایمان
۹. ثبت اثر انگشت مادر و اثر پای نوزاد در انتها
۱۰. ثبت علائم حیاتی و نتایج معاینه بدنی نوزاد در جدول معاینه بدنی و بررسی های بعد از تولد
۱۱. ثبت و مهر و امضا نام و نام خانوادگی تحویل دهنده و تحویل گیرنده نوزاد.

- تشخیص مامائی و اقدامات اصلاحی مرتبط با هر سیستم بیمار در قسمت های مربوطه ثبت گردد.
- ساعات به صورت ۲۴ ساعت ثبت گردد و در تمامی گزارشات ساعات شیفت صبح/عصر/شب به صورت کامل ثبت گردد.
- در گزارش نویسی فضای خالی باقی نماند و از فقط دو رنگ **خودکار آبی یا مشکی** در گزارشات استفاده شود.
- علائم بیمار و نتایج ارزیابی (درد، تهوع، استفراغ، خستگی، تغییرات علائم حیاتی و ..) و اقدامات انجام شده جهت رفع آنها را در هر شیفت و با جزئیات کامل ثبت نماید.
- از قید جملات تکراری و کلیشه ای (بیمار تحت نظر است، دستورات دارویی اجرا شد، حال عمومی خوب و ...) و اختصارات بی معنا خودداری گردد.
- در صورت عدم انجام هر اقدامی اعم از آزمایش، مشاوره و ... و دلیل عدم انجام و تماس به پزشک معالج و اطلاع به سوپروایزر کشیک ثبت گردد.
- در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش پرستاری، از روش **گزارش تاخیری** استفاده کنید.