



# فرم آمار زایمانی

نام بیمارستان :

شماره آمار :

تاریخ زایمان :

نام و نام خانوادگی زائو :

نام و نام خانوادگی دانشجو :

Onset of contraction :

Date :

Time :

Membrane Statuse : I  P  R  Spontaneous  Artificial  AF Color :

Date :

Time :

G	P	Ab	L	D	L.M.P	EDC	GA/LMP	GA/sono	Pr	po	BG	Age

## تفسیر پارٹوگراف :

## سایر اقدامات :

## شرح زایمان :

ساعت انتقال به اتاق زایمان :

ساعت زایمان :

جنس نوزاد :

آپگار :

وزن نوزاد :

ساعت خروج جفت :

مکانیسم خروج جفت :

نحوه گرفتن نوزاد :

مشکل خاص :

## آموزش های بعد زایمان :

مراقبت از پربنه :

نوزاد :

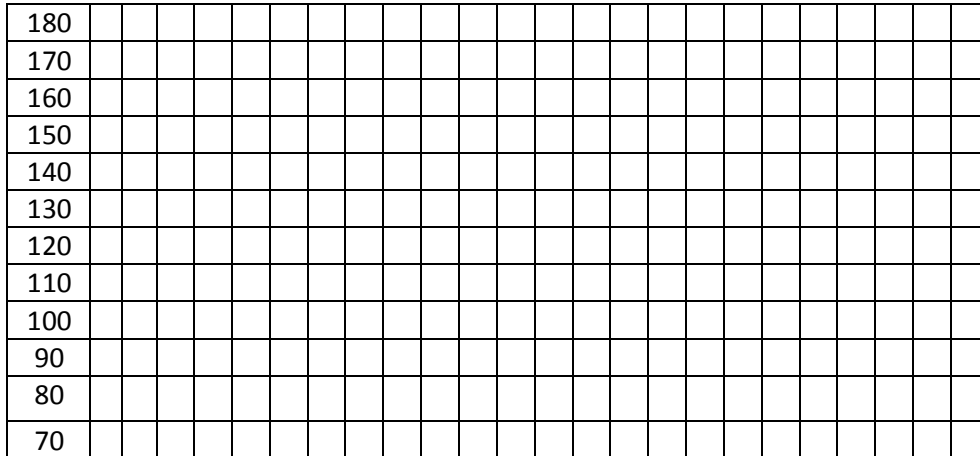
شیردهی :

بهداشت دستگاه تناسلی :

مراجعه به مرکز بهداشت :

نام و نام خانوادگی مربی :

محل امضا و مهر



HOURS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TIME												
EFF												

CONT	OXY	DRUG	PR	BP	T

موارد غیر طبیعی	ساعت دوم	ساعت اول پس از زایمان	مرحله چهارم
تشخیص :			حال عمومی و سطح هوشیاری
			میزان خونریزی و وضعیت رحم
			وضعیت پربنه و محل بخیه
اقدامات درمانی :			فشار خون
			درجه حرارت
			تعداد نبض
			تعداد تنفس
			مثانه