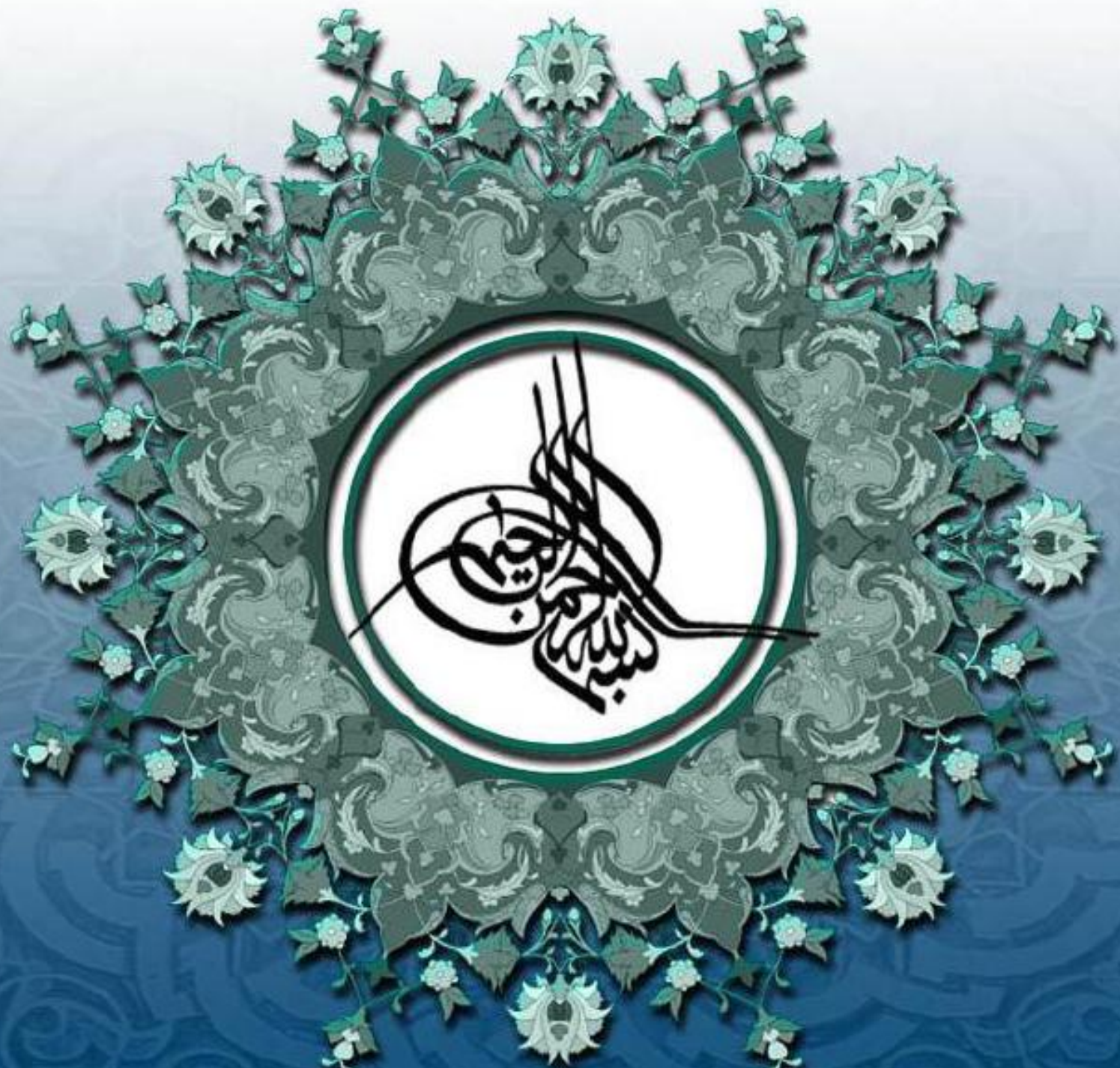






MIDWIFERY

DOCUMENTATION

پروین غیاثی

کارشناس ارشد مامایی

مهر ۹۲

ماماها به همراه تیم مراقبتی، از طریق گزارشات مكتوب يا الكترونيكي بجا گذاشته از مراقبت بیمار می توانند مراقبت موثر را تدارك دیده و پیش بینی نمایند. ثبت مراقبت های درمانی مکانیزمی است كه توسط آن تیم مراقبتی قادر خواهد بود يك ارتباط موثر، اقدام هماهنگ و منطبق با اصول علمی، ارزیابی سیرپیشرفت و پیامد بیماری را در بیمار ایجاد نماید و در نهایت منجر به نگاهداشت اطلاعات مراقبتی در زمان طولانی خواهد شد.

بنابراین ثبت گزارشات مراقبتی جامع قادر خواهد بود در مراجع قضایی به عنوان يك سند قابل فهم، دقیق و با کیفیت بالا مانند يك شاهد و گواه مناسب برای تیم درمانی عمل کند.

يك گزارش مامائی و پرستاری خوب بایستی حداقل دارای مشخصات زیر باشد:

Document fact — ۱

Document contemporaneously — ۲

Document all relevant information — ۳

Maintain the integrity of documentation — ۴

گزارش نویسی در بلوک زایمان و پس از زایمان

۱- مرحله پذیرش (Admission)

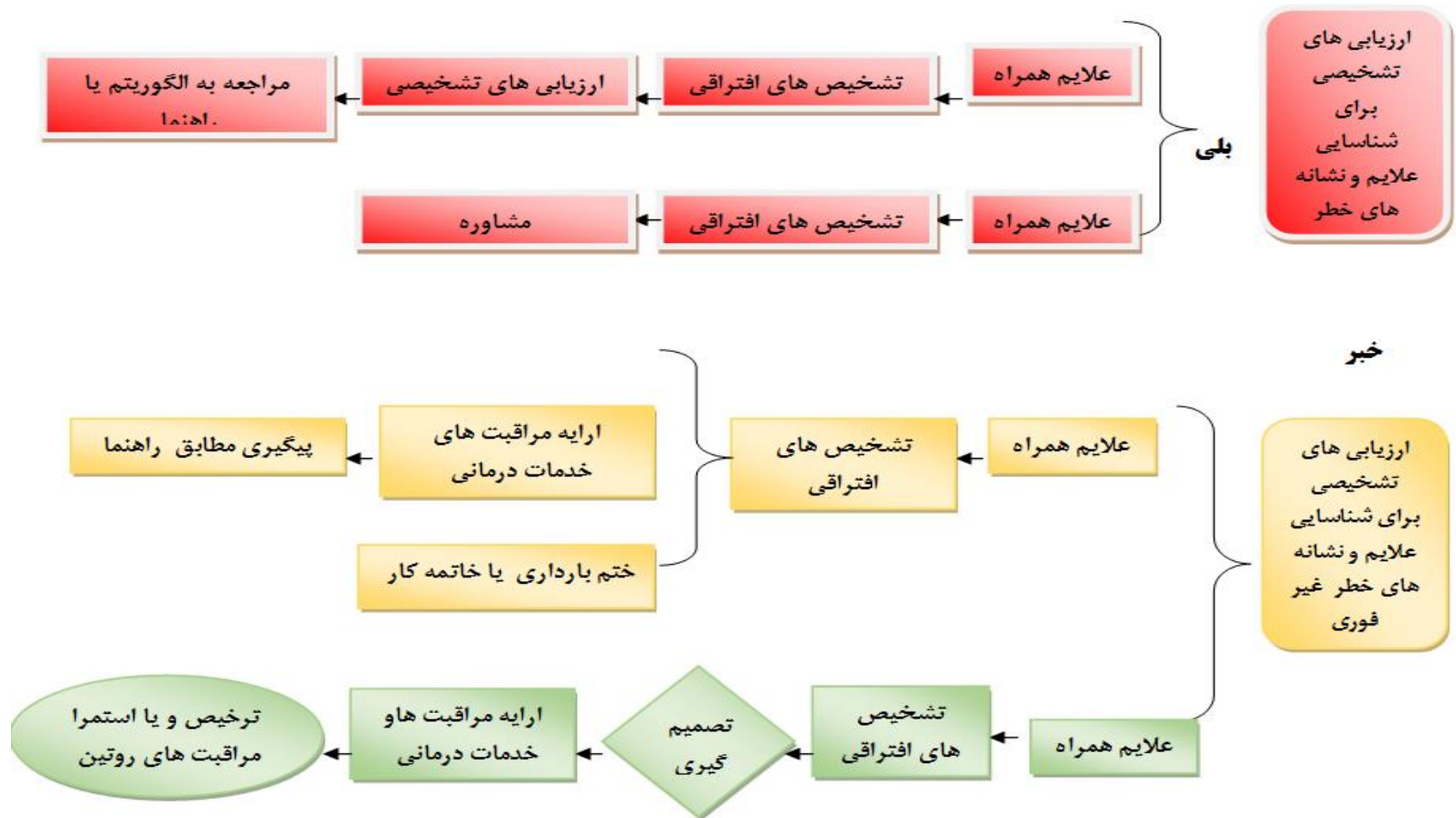
۲- مرحله لیبر ((Labor)

۳- مرحله زایمان (Delivery)

۴- مرحله پس از زایمان و نوزادی (Post partum& Rooming

(in)

اولین قدم: ارزیابی تشخیصی برای شناسایی علائم و نشانه های خطر فوری (تشنج، اختلال هوشیاری، خونریزی، تنفس مشکل، احتباس جفت، و ارونگی رحم، دیستوشی شانه، شوک، درد شکم و...)



ارزیابی تشخیصی برای شناسایی علائم و نشانه های خطر غیر فوری (post date, post term, مشکلات پوستی و...)

بعد از رد علائم خطر فوری ارزیابی به صورت ذیل انجام می شود:

□ Age, G, P, Ab, L, D, LMP, EDC.GA: by sono , by date (اختلاف بیش از یک هفته بین سونو و تاریخ نیاز به بررسی بیشتر خواهد داشت)

□ ساعت و تاریخ و علت مراجعه، نحوه ورود، سابقه بستری قبلی و علت آن

□ Medical HX(Heart D, kidney D, lung D, diabet, hypertension, liver D, infectious D, Anemia)

□ Surgical HX(operations(زمان), previous c/sec(علت و عوارض)

□ سابقه تزریق خون، حساسیت و مصرف دارو در بارداری و روند وزن گیری در بارداری

□ Social HX(اعتیاد به مواد مخدر، رفتار پرخطر، مصرف دخانیات، شغل سخت، همسر آزاری)

□ Family HX(سابقه بیماریهای ارثی، ژنتیکی، ناهنجاری های مادرزادی، چندقلوئی، سرطان و اختلالات روحی)

□ Previous pregnancy HX

□ Present Pregnancy(روند وزن گیری، علائم هشدار در بارداری اخیر)

- Physical examination (معاينه از سر تا پا خصوصاً تيروئيد، اندازه گيري علائم حياتي)
- Fetal evaluation (fundal height, estimated fetal WT, FHR)
- Leopold Manover* (جهت ارزيابي وضعيت قرارگيري جنين)
- Pelvic & vaginal examination (Dilation, Effacement, Station, Presentation, Memb, CPD) (برسي لگن از نظر)
- Abdominal examination (contraction, duration, intensity, frequency)

Imp:

Plan:

(تبصره) توضیحات و آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه زایمان، روش های کاهش درد، اهمیت تماس پوست با پوست نوزاد، شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول و آشنائی با پرسنل و پزشک معالج در فرم آموزش ثبت گردد.

انتقال به لیبر، اتاق زایمان یا اتاق عمل با ذکر ساعت و تاریخ مهپور به مهر و امضای پذیرش کننده (الزاماً کارشناس مامائی)

مرحله لیبر (Labor):

- در این مرحله رگ گیری و برقراری IV Line در موارد زیر نیاز است:
- شکم پنجم به بالا
- اندیکاسیون های اینداکشن
- سابقه خونریزی پس از زایمان در زایمان قبلی
- مادر خسته، دهیدراته ، کاهش انرژی شدید، عدم توانائی در نوشیدن مایعات (اقدام: سرم R/L, D/S به میزان ۶۰-۱۲۰ CC/hr)
- سابقه آتونی، زایمان سریع، مرگ نوزاد، مرده زائی و نازائی
- در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادر و قلب جنین: NPO نیازی نیست (مصرف مایعات و غذاهای نیمه جامد بلامانع است)، خواباندن در تخت، شیو و انما، stimulation به صورت معمول انجام نشود.
- ارسال نمونه جهت آزمایش با ذکر ساعت ارسال و دریافت و گزارش به پزشک ثبت شود (پس از رویت جواب توسط ماما و پزشک مهر گردد).

مرکز آموزشی درمانی

شماره سابقه :

کد فرم : F-2/1/2-20(2)

Labor Record & Induction Record : عنوان فرم

شماره پرونده..

بخشی

نام و نام خانوادگی...

[illegible]

انجام مانیتورینگ مادر و جنین در لیبر طبق راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی در فرم labor record به شرح ذیل:

راهنمای شماره ۵: کنترل علائم حیاتی:

مرحله اول		
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت یکبار	BP, PR, RR هر یک ساعت، T هر ۴ ساعت (در ROM>6hr هر یک ساعت)	BP, PR, RR هر یک ساعت و T هر ۲ ساعت (در صورت ROM>6hr هر یک ساعت)

راهنمای شماره ۶: کنترل صدای قلب جنین

مرحله اول		
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت یکبار	هر ۶۰-۳۰ دقیقه یکبار	هر ۳۰ دقیقه یکبار

راهنمای شماره ۷: کنترل وضعیت انقباضات رحمی :

مرحله اول		
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت یکبار	هر ۶۰ - ۳۰ دقیقه یکبار	هر ۱۵ دقیقه یکبار

راهنمای شماره ۸: بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال

مرحله اول	
فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت یکبار	هر ۲ ساعت یکبار

نکته ۱: کنترل پیشرفت بستگی به وضعیت مادر، توانمندی ماما، الگوی انقباضات دارد

نکته ۲: در فاز فعال میزان پیشرفت از طریق ترسیم فرم پارتوگراف بررسی شود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

مرکز آموزشی درمانی

عنوان فرم : پارتوگراف

کد فرم : F-2/1/2-954(0)

شماره سابقه :

تاریخ :

پارتوگراف

شماره پرونده :	نام خانوادگی :	نام پدر :	تعداد بارداری :	تعداد زایمان :
تاریخ پذیرش :	ساعت پذیرش :	ساعت شروع فاز فعال :	ساعت پارگی کیسه آب :	

تاریخ زایمان :

ساعت زایمان :

جنس نوزاد:

دختر ☐ پسر ☐

زمان خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:

کامل ☐ ناقص ☐

ایمی زیاتومی:

بلی ☐ خیر ☐

درجه پارگی :

پوزیشن زایمان

لیتاتومی: ☐

upright ☐

ضربان قلب جنین

مایع آمنیوتیک

دیلاتاسیون سرویکس

ساعت :

زمان :

نزول سر

تعداد انقباض در 10 دقیقه

اکسی توسین (قطره / دقیقه)

داروهای مصرفی

فشار خون

نبض

درجه حرارت

ساعت انتقال به بخش :

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت :

نام عامل زایمان :

نکته ۳: بهتر است معاینه واژینال در موارد زیر صورت گرفته و ثبت شود:

□ پیش از انجام هر نوع مداخله (داروئی و غیرداروئی)

□ اطمینان از پیشرفت دیلاتاسیون و افاسمان

□ پس از پارگی کیسه آب

□ در صورت $FHR < 110, > 160$

□ با توجه به ضرورت حداقل مداخلات در طول فاز فعال و نهفته، ورزش های کاهش درد (راهنمای شماره ۹ پروتکل کشوری) استفاده و در پرونده ثبت گردد.

□ در القای زایمان میزان سرم سنتوسینون، تعداد قطرات، وضعیت انقباضات رحمی (Dur, interval) ثبت و در صورت قطع علت آن ذکر شود.

در هر رکورد بایستی نام مامای عامل ثبت شود.

نکته ۴: در زمان تحویل شیفت، معاینه، FHR، تعداد قطرات سرم، نوع سرم، علائم حیاتی تحویل و در پرونده ثبت شود.

در طول لیبر هرگونه تغییر ناگهانی یا عدم پیشرفت طبق پروتکل کشوری به پزشک معالج گزارش و براساس دستور مربوطه اقدام و ثبت گردد.

در مادر پرخطر از fetal monitoring استفاده و هر ۱۵ دقیقه تفسیر شود.

در زمان انتقال زائو به اتاق زایمان، ساعت انتقال در فرم لیبر ثبت و رکورد بسته شود.

مرحله Delivery :

در این مرحله کلیه اقدامات مربوط به زایمان نوزاد و جفت در
delivery record ثبت می گردد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
مرکز آموزشی و درمانی

تاریخ: _____

شماره سابقه: _____ کد فرم: F-۲/۱/۴-۷ (۰) عنوان فرم: Delivery Record

Shiraz University of Medical Sciences
Department of Obstetrics & Gynecology
Delivery Record

Hospital No. _____

Name: _____ **Age** _____ **Parity** _____ **Serology** _____ **Blood group .Rb** _____

Husband: _____ **Age** _____ **Blood group . Rh** _____

Onset of Labor (_____ **) AM-PM** _____

Sponts induced : reason: _____

Fetal _____ **age** _____ **Wks** _____

Stages of Labor: **1st.** _____ **Hi's.** _____ **2nd.** _____ **Hrs.** _____ **3rd** _____ **hrs,** _____ **Total** _____ **hrs.** _____

Membranes: **Rup.** _____ **AM** _____ **PM** _____ **/** _____ **/** _____ **Clear, meconium stained** _____

Spontaneously _____ **Artificially** _____

Summary of significant events: _____

Analgesia :Drug and total dose _____

Delivery: **Time** _____ **AM** _____ **PM** _____ **/** _____ **/** _____ **Position** _____

Method : Spontaneous — Sterile - .Unsterile

Operation : Low-Mid Forceps rotation. Vacuum

Breech Assist Breech Ext. Breech Decompositrion and Ext. FACH

Low Seg. Trans. C-Section Classical C-Sec: T. Incision

Twin Dehxyr Version — Ext. Etc.

Episiotomy : Median _____ **Rt.MI** _____ **Lt. MI.** _____ **Extention** _____ **3°** _____ **4°** _____

Laceration : 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____ **Repaired** _____

Cervical inspection : Intact _____ **Lacerated** _____ **Repaired** _____

Antepartum bleeding: _____ **MI, Post** _____ **partum** _____ **MI, Total** _____ **MI,** _____

Anesthesia: **None** _____ **Local** _____ **Spinal** _____ **General** _____ **Pudendal** _____ **Other** _____

flacenta: **Method Del.** _____ **Description** _____

Card and Membranes: _____ **Number of Arts** _____

Child: **Male** _____ **Female** _____ **Alive** _____ **Description** _____

Appar: **Color** _____ **Resp** _____ **0** _____ **1** _____ **2** _____ **Reflex** _____ **0** _____ **1** _____ **2** _____ **M,Tone** _____ **0** _____ **1** _____ **2** _____ **Weight** _____

Total: After 5 minutes _____

Resuscitation: **Suction** _____ **Oxygen** _____ **Intubation** _____ **Positive** _____ **Pressure** _____

Drugs used _____

Congenital anomalies _____

Mother's condition : **B. P** _____ **Pulse** _____ **Respiration** _____

Obstetrician _____ **Assistant** _____

Anesthesist _____ **Resuscitat** _____

مرحله دوم زایمان

کنترل علائم حیاتی	BP, RR, PR حداقل یکبار
کنترل صدای قلب جنین	هر ۱۵ دقیقه یکبار
کنترل وضعیت انقباضات رحمی	هر ۱۵ دقیقه یکبار
بررسی پیشرفت زایمان	هر ۳۰ دقیقه یکبار

تغییرات V/S در مرحله دوم زایمان:

افزایش فشارخون سیستول به میزان 15-25mmhg

افزایش تعداد نبض: 60-100/mn نرمال

افزایش درجه حرارت: 1-0.5 درجه سانتیگراد

تعداد تنفس تغییری نمی کند

مرحله سوم زایمان (خروج جفت):

- ❑ ارزیابی علائم کنده شدن جفت
- ❑ خارج نمودن جفت با مانور مربوطه
- ❑ چک جفت از نظر علائم غیرطبیعی، ماندن کوتولیدون، کامل بودن پرده ها
- ❑ تعداد شریان و ورید

نکته:

- ❑ در این مرحله هرگز مادر را تنها نگذارید
- ❑ با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید
- ❑ ثبت کلیه موارد فوق در پرونده

مرحله چهارم (بعد از زایمان و rooming in)

CLINICAL PATH WAY POST PARTUM CARE

1. Assessments

2. Teaching

- Identyfing NI-AbNI
- Documents the care
- report variation

3. Medical and nursing intervention

4. Discharge- fallow-up care

ASSESSMENTS:

- ☐ Fundus For Firmness, level.
- ☐ Lochia for color- amount- clots.
- ☐ Bladder for voiding.
- ☐ Perinium for sutures-brasing-hemorrhoids.
- ☐ Breast for softness/colestrom.

توجه: اقدام جهت اطمینان از جمع بودن رحم: ماساژ فاندوس، شیردادن سریع نوزاد، تشویق به تخلیه مثانه، خروج لخته ها از رحم

تخمین خونریزی :

scant : ۱۰ cc (< 5 cm از پد)

Light : 10-25 cc (< 10 cm از پد)

Moderate : 25-50 cc (< 15 cm از پد)

Urge/Heavy/Profuse : 50-80 cc (یک پد در ۲ ساعت)

Excessive : یک پد در ۱۵ دقیقه خیس شود / خون در زیر
باسن جمع شود

(ساعت اول هر ۱۵ دقیقه – ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه – ساعت
سوم تا چهار ساعت هر یک ساعت) (T.PR- RP BP) و V/S و
سپس هر ۶ تا ۸ ساعت تا ترخیص)

☐ Pain (after pain)

☐ Ability to ambulation (Homans, sing)

ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان:

ارزیابی سریع:

- ☐ ترم بودن آغشته به مکونیوم بودن
 - ☐ تنفس یا گریه
 - ☐ تون عضلانی
- نیاز به احیاء دارد یا ندارد؟ اقدام

سپس : تعیین نمره آپگار، ارزیابی رنگ، معاینه فیزیکی، چک رفلکس ها، اندازه گیری قد، وزن، دور سر و اخذ اثر کف پای نوزاد و اثر انگشت سبابه راست مادر در فرم مخصوص (ثبت نام و امضای عامل انجام دهنده الزامی است)

نکته: نوزاد مادران HIV , HbsAg مثبت پوآر نشوند

اقدام:

- برقراری تماس پوست با پوست نوزاد
- تعیین هویت نوزاد و نصب دستبند شناسایی
- شروع BF در یک ساعت اول
- گرفتن خون بندناف جهت تعیین BG, RH
- اندازه گیری ABG در نوزادان آپگار 7 <
- تزریق vit k و قطره چشمی پس از اولین BF
- چک v/s:
- دو ساعت اول هر 30-60 دقیقه یکبار تا ۲ ساعت
- ساعت سوم تا ۶ ساعت هر ۶۰ دقیقه یکبار
- سپس هر 6-8 ساعت یکبار
- ثبت وضعیت نوزاد در هر شیفت شامل: مکونیوم، voiding، activity، علائم زردی، خوردن شیر، چک علائم هشدار و ثبت در پرونده

گزارش نویسی

GYN Admission & progressive note در بخش

:Admission note

:Assessment

□ Age، نحوه ورود به بخش، registered/un، علت مراجعه (CC)،

virgin/marriage، سن ازدواج، نوع عمل جراحی، نام جراح پذیرش دهنده

□ OB HX: G, P, Ab, L, D در صورت بارداری GA، اختلالات طبی و جراحی در

بارداری های فعلی و قبلی، نحوه زایمان

□ GYN HX: LMP، سن منارک، طول قاعدگی، میزان خونریزی قاعدگی،

دیسمنوره، آمنوره، متروراژی، مناپاز و سن آن، سابقه دیسپارونیا

□ Family HX: ذکر هر نوع بیماری در خانواده (ارثی، ژنتیکی، ناهنجاری، سرطان

و...)

□ **Physical exam:** معاینه عمومی بدن (معاینه تیروئید مهم است)، چک قد، وزن، BP/PR/RR/T، هرگونه یافته غیرطبیعی خصوصاً در abdomen, breast, genital tract و اختلالات گوارشی اهمیت دارد.

□ رژیم غذایی، نوع و مقدار سرم دریافتی، activity، وضعیت روحی روانی

□ مصرف هر نوع دارو (تلفیق داروئی)

□ آزمایشات انجام شده و نتایج تست های تناسلی مانند: HSG, sono, colposcopy, laparascopy, pop smear

□ آموزش در خصوص اقدامات درمانی، معرفی پرسنل و پزشک معالج، آشنائی با بخش، توضیحات بیماری در فرم آموزش به بیمار ثبت شود

PLAN:

IMP

در هر یک از موارد فوق در ارتباط با هر ایتیم تشخیص پرستاری مربوطه بایستی مکتوب گردد و جهت هر تشخیص، اقدام پرستاری مربوطه انجام شود.

Progressive note (بستری)

در هر شیفت گزارش بیمار زنان به شرح ذیل مکتوب شود:

□ وضعیت CNS (هوشیار، کما، بی حال و...)

□ سیستم تنفسی (تعداد، کیفیت)، سرفه و نوع آن

□ سیستم قلبی عروقی (نبض تعداد، محل و چگونگی، فشار خون) کدام

دست و در چه وضعیتی)،

□ درجه حرارت (محل و مقدار)

□ قوام پوست (طبیعی، دهیدراتاسیون، ادم، ضلیعه پوستی)

□ سیستم ادراری تناسلی (خونریزی، مقدار و شدت و مدت آن)،

ترشح (نوع و مقدار)، هر گونه ضایعه تناسلی یا هماتوم

□ وضعیت درد (محل، شدت: ۱-۱۰)

☐ مشکلات ادراری (تکرر ادرار، سوزش، احتباس، خون در ادرار، وضعیت

فولی، برون ده ادراری

☐ لوله های متصل به بیمار: (Drain, Hemovac)

☐ وضعیت ناحیه عمل: Dressing، خونریزی، ادم، قزمزی، ترشح

☐ سیستم گوارشی: تغذیه، تهوع و استفراغ، درد اپی گاستر، اختلالات دفع

☐ Activity: CBR, BR، معمولی

☐ وضعیت روحی روانی (طبیعی، بیقرار، مضطرب، گیج، عدم همکاری و...)

☐ مشاوره ها، آزمایشات و تست های پاراکلینیکی (زمان انجام، مکان انجام و

پیگیری)

☐ آموزش های مربوط به هر یک از موارد مورد نیاز و ثبت در فرم آموزش

☐ نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء نویسنده تاریخ و ساعت

مثال: در اختلالات قان‌دگی مثل دیسمنوره، آمنوره، منوپوز، اختلال در
الگوی خواب یا مترو رازی

تشخیص های پرستاری: اضطراب و ترس، درد، اختلال در آرامش، کمبود
اطلاعات، اختلال در فعالیت جنسی یا اندوه

اقدامات پرستاری که می توان انجام داد و ثبت نمود عبارتند از:
در خصوص مناپاز:

بررسی علائم بدکاری جنسی

ارزیابی اطلاعات بیمار

آموزش به بیمار

ارائه راهکار جهت کاهش دیسپارونیا

در اضطراب و ترس:

- ❑ ارزیابی اطلاعات بیمار
- ❑ ارزیابی محیط بیمار
- ❑ بررسی علائم ظاهری بیمار
- ❑ انجام اقدامات مراقبتی (توضیح اقدام درمانی، برقراری ارتباط موثر، آموزش روش های آرام سازی)

در اختلال در الگوی خواب:

- ❑ بررسی نشانه های اختلال
- ❑ رفع نیازهای اولیه بیمار قبل از خواب (گرسنگی، تشنگی و دفع ادرار)
- ❑ به حداقل رساندن صداهای اضافی
- ❑ دادن نوشیدنی داغ
- ❑ اجتناب از خوردن نوشیدنی های کافئین دار
- ❑ محدود کردن ملاقاتی در زمان خواب

منابع:

- راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان (ویرایش دوم)، ۱۳۹۱، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت.
- نیک روان مفرد، فلاح، تشخیص، مراقبت و مهارت‌های پرستاری در بیماری‌های داخلی و جراحی، چاپ چهارم، ۱۳۹۳، انتشارات نوردانشو
- مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، ۱۳۸۹، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت.

- Cunningham et al, 2010, Williams obstetrics, 23th Ed, New York, MC- Grow- Hill.
- –uidelines on Documentation and Electronic Documentation, Re-endorsed by Annual conference 2010, The NSW Nurses, Association.
- CG2- Record Keeping Guidelines, Clinical Governance, V3 March 2010.

[Http://aarh.hums.ac.ir/farsi/nursewriting/index.html](http://aarh.hums.ac.ir/farsi/nursewriting/index.html).

www.slideshare.net/ssarahs/midwifery documentation.



**Thanks For
your Attention**