



مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین و مراقبت بعد از

سزارین

نسخه دوم

تابستان ۱۴۰۰

ارائه دهنده: فرنوش معافی غفاری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

بازآموزی آموزشی پروتکل های سلامت مادران

بهمن ۱۴۰۱

تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی

❖ تعریف زایمان سزارین

❖ در زایمان به روش سزارین:

- کیفیت مطلوب وسایل کمک زایمان مانند واکيوم
- سن حاملگی برای سزارین برنامه ریزی شده ۳۹ هفته تمام است.
- بیمارستان باید در مدت کمتر از ۳۰ دقیقه اقدامات لازم برای انجام سزارین اورژانس را فراهم کند.
- بیمارستانها موظفند حداقل پنج رشته تخصصی و متخصص مربوطه در زمینه های داخلی، جراحی، زنان، اطفال و بیهوشی را دارا باشند .

اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

- ❖ توقف دریافت مواد خوراکی از ۸ ساعت قبل از سزارین برنامه ریزی شده
- ❖ درخواست یک آزمایش CBC پایه برای مادر کاندید سزارین
- ❖ تزریق یک دوز آنتی بیوتیک (سفازولین) ۶۰ دقیقه قبل از سزارین (قبل از برش) به همه مادران کاندید سزارین

اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

وزن مادر کمتر از ۱۲۰ کیلوگرم، سفازولین ۲ گرم

وزن مادر بالای ۱۲۰ کیلوگرم، سفازولین ۳ گرم

در موارد حساسیت به پنی سیلین تجویز کلیندامایسین به همراه جنتامیسین

در مادران در لیبر یا با پارگی کیسه آب افزودن آزیترومایسین ۵۰۰ mg به

صورت IV به رژیم آنتی بیوتیکی

در صورت کوریو آمنیونیت تجویز آمپی سیلین - جنتا مایسین

اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

❖ در مورد مادرانیکه آنتی بیوتیک از قبل دریافت می کردند و در حال درمان هستند:

• در صورت دریافت پنی سیلین جی از قبل در صورت سزارین در لیبر یا پارگی کیسه آب در مادران افزودن آزیترومایسین 500 mg به صورت IV به رژیم آنتی بیوتیکی

❖ در موارد درمان آنتی بیوتیک برای کوریوآمنیونیت از قبل در صورت سزارین مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یا آمپول کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم وریدی داده می شود .

اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

❖ ارسال نمونه خون برای تعیین گروه خون و ارهاش در صورت مشخص نبودن گروه خون

❖ برای پروفیلاکسی از ترومبو آمبولی بررسی ریسک مطابق پروتکل کشوری انجام شود.

❖ قبل از شروع سزارین تعداد ضربان قلب جنین چک شود و در پرونده ثبت گردد.

برای مستند سازی ۵ - ۳ دقیقه تراسه قلب جنین

تهیه یک تراسه NST در صورت گذشتن بیش از یک ساعت از فاصله زمان پذیرش تا زمان سزارین

اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

- ❖ گذاشتن کاتتر فولی مثانه قبل از شروع سزارین
- ❖ شیو کردن بلافاصله قبل از عمل توصیه نمی شود.
- ❖ پرپ و درپ پوست جدار شکم انجام شود.
- ❖ نیازی به شستشوی واژن نیست.
- ❖ متمایل کردن رحم حداقل ۱۵ درجه به سمت چپ
- ❖ تکمیل چک لیست ایمنی بیمار قبل از عمل

اقدامات و ارزیابی حین انجام پروسیجر

❖ ویزیت و معاینه مادر در اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی

❖ مسئولیت انتخاب نوع بیهوشی یا بی حسی در سزارین به عهده متخصص بیهوشی است.

❖ بی دردی منطقه ای مانند اسپینال (نخاعی) یا اپیدورال روش ارجح در سزارین است.

❖ مراقبتهای بیهوشی قبل، حین و پس از سزارین مطابق پروتکل انجام شود.

تکنیک های جراحی برای سزارین

❖ پوست: برش جراحی روی شکم ترجیحاً عرضی باشد.

❖ برش عرضی پوست ۳ سانتی متر بالای سمفیز پوبیس و حداقل میزان برش طولی پوست ۱۵ سانتی متر است.

❖ زیر پوست: بهتر است لایه زیر پوست به آرامی و با انگشتان باز شود.

❖ استفاده از چاقوهای جداگانه برای برش پوست و لایه های عمیق تر پیشنهاد نمی شود.

❖ فاشیا: برش جراحی کوچک با چاقوی جراحی انجام شود و سپس دو طرف با قیچی باز شود. دو طرف فاشیا را می توان با انگشت نیز به آرامی باز کرد.

تکنیک های جراحی برای سزارین

❖ عضله رکتوس: عضله به آرامی باز شود.

❖ پریتوئن: به منظور جلوگیری از آسیب به مثانه، روده و سایر ارگانهایی که احتمالاً به سطح زیرین چسبندگی دارند با انگشت به آرامی باز شود.

❖ رحم: باز کردن برش رحم هنگامیکه سگمان تحتانی تشکیل شده است، به آرامی انجام شود

۲ درصد سزارینها، منجر به برش روی جنین می شود

تکنیک های جراحی برای سزارین

❖ فورسپس و وکیوم فقط در هنگام زایمان سخت سر در سزارین انجام شود.

❖ انفوزیون داخل وریدی ۲۰ واحد اکسی توسین به ازای هر لیتر کریستالوئید با سرعت ۱۰ میلی لیتر در دقیقه پس از تولد تزریق شود

❖ برش رحم از نظر خونریزی شدید بررسی شود .

❖ در موارد سزارین های تکراری و یا بیماریها و یا سابقه جراحی هایی که احتمال چسبندگی های داخل شکمی زیاد است بایستی جراح با دقت نسبت به دایسکشن بافتی بیشتر رو به سمت بالا (سفالاد) جهت ممانعت از آسیب احشای لگنی اقدام کند.

تکنیک های جراحی برای سزارین

❖ در جراحی هایی که احتمال چسبندگی های شدید مطرح هست جراح زنان دوم خبره بایستی آماده همکاری باشد.

❖ جفت باید با کشش کنترل شده بندناف خارج شود نه دستی

❖ در صورت انجام برش روی جفت به علت خونریزی شدید می بایست زایمان و کلامپ بند ناف در اسرع وقت انجام شود.

❖ توصیه می شود انسزیون رحم در دو لایه ترمیم شود .

❖ پریتوئن احشایی جداری ترجیحاً سوچور زده نشود

تکنیک های جراحی برای سزارین

❖ در موارد نادر با برش میدلاین شکم توصیه می شود کل لایه ها در یک لایه پیوسته دوخته شود و یا از نخ دیر جذب مثل ویکریل استفاده شود.

❖ سچور زدن روتین زیر پوست توصیه نمی شود

❖ PH شریان نافی باید بعد از سزارین جنینهای مشکوک به دیسترس Suspected Fetal Compromise راندازه گیری شود تا در مراقبتهای بعدی برای نوزاد کمک کننده باشد.

عوامل پیش از زایمان	عوامل حین زایمان
دیابت مادر	سزارین اورژانس
هیپرتانسیون دوران بارداری یا مزمن	زایمان با کمک فورسپس یا وکیوم
پلی هیدر آمنیوس و اولیگو هیدر آمنیوس	زایمان بریج یا سایر حالت‌های غیر عادی
هیدروپس جنین	زایمان زودرس
دیسترس جنینی	زایمان تسریع یافته
چندقلویی	کورئو آمنیوت
عدم تناسب اندازه و سن جنین	پارگی بیش از ۱۸ ساعت پرده ها
درمان دارویی مانند لیتیوم منیزیم دارنهای بلوک کننده ادرنرژیک	زایمان طول کشیده بیش از ۱۸ ساعت
استفاده از مواد مخدر توسط مادر	طولانی شدن بیش از ۲ ساعت مرحله دوم زایمان
ناهنجاری های بدو تولد جنین	برادی کاردی طول کشیده جنین
کاهش فعالیت جنین	اشکال غیر عادی ضربان قلب جنین
	رحم هیپرتونیک
	تجویز داروهای مخدر طی ۴ ساعت پیش از زایمان
	مایع آمنیون آغشته به مگونیوم
	پرولاپس بند ناف
	جفت سرراهی
	جدا شدن زودرس جفت
	خونریزی قابل توجه حین زایمان
	ماکروزومی
	آپگار دقیقه پنجم کمتر از ۵

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ مراقبت از نوزاد حاصل از سزارین

❖ آمادگی و چک وسایل بر اساس چک لیست کتاب احیاء نوزادان از نظر سالم بودن و در دسترس بودن

❖ شرایط اتاق عمل جهت مراقبت از نوزاد بر اساس استاندارد مهیا باشد و درجه حرارت اتاق عمل باید بین ۲۳ الی ۲۵ درجه سانتیگراد تنظیم شود. در صورت تولد نوزاد نارس دما را تا ۲۵ - ۲۶ درجه بالا ببرید

❖ حضور پزشک (دستیار ارشد کودکان یا متخصص کودکان یا دستیار فوق تخصصی نوزادان یا فوق تخصص نوزادان) قبل از تولد نوزاد جهت مراقبت از نوزاد در اتاق عمل جهت انجام ویزیت ضروری است.

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ مراقبت از نوزاد حاصل از سزارین

❖ دقیقه اول تولد به عنوان دقیقه طلایی تلقی می گردد.

❖ پس از تولد نوزاد اقدامات تثبیت و احیاء بر اساس وضعیت بالینی نوزاد انجام گرفته و تماس پوست با پوست برقرار شود و نوزاد بلافاصله باید دارای پوشش مناسب در ناحیه سر باشد.

❖ علائم حیاتی نوزاد بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه چک شود.

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ مراقبت از نوزاد حاصل از سزارین

❖ بر اساس ارزیابی نوزاد و صلاحدید پزشک اطفال و اقدامات انجام شده در اتاق عمل، در مورد انتقال نوزاد به بخش **Rooming in**، نوزادان یا **NICU** تصمیم گیری اتخاذ می شود.

❖ در ساعت اول تولد هیچگونه تزریق واکسن و ویتامین **K** و ... انجام نگردد.

❖ متخصص زنان به محض تولد با کلامپ دو طرفه بند ناف یک تکه ۲۰ سانتی متری را جدا نموده و تا زمان تصمیم گیری برای وضعیت نوزاد آن را نگه دارد. (۲۰ دقیقه)

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ مراقبت در ریکاوری

❖ علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هریک ربع در ساعت اول انجام شود

❖ در دوره بعد از عمل باید مقدار خونریزی از واژن مطابق دستور عمل به دقت پایش شده و در پرونده ثبت گردد.

❖ بیمار به تنفس عمیق و سرفه کردن تشویق شود.

❖ میزان ادرار در طول مدت حضور بیمار در واحد ریکاوری به دقت پایش و ثبت گردد

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ مراقبت در ریکاوری

❖ هنگامی که مادر هوشیاری کامل خود را به دست آورد، خونریزی به حداقل رسید، فشار خون رضایت بخش بود و جریان ادرار حداقل به میزان ۳۰ میلی لیتر در ساعت برقرار شد، مادر به بخش پس از زایمان انتقال یابد.

❖ هنگام انتقال به بخش کیسه ادرار تخلیه و میزان آن ثبت شود تا حجم ادرار در بخش از ابتدا اندازه گیری شود.

اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

❖ تجویز مسکن پس از سزارین

❖ شیاف دیکلو فناک یک دوز در صورت نیاز تکرار ۸ ساعت بعد حداکثر ۱۰۰ میلی گرم روزانه

❖ استامینوفن ۳۲۵ میلی گرم تا ۱ گرم وریدی یا خوراکی هر ۶ ساعت

❖ پتیدین عضلانی ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت در صورت نیاز

❖ در صورت عدم احتمال خونریزی داخلی ، KETOROLAC ۳۰ میلی گرم وریدی بعد از بستن فاشیا و در ادامه ایبوپروفن یا کتورولاک خوراکی هر ۸ ساعت تا ۴۸ ساعت

❖ در صورت تهوع : پرومتازین ۲۵ - ۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت IM یا هر ۶ ساعت وریدی

مراقبتها در بخش پس از سزارین

- ❖ بر حسب مورد بیمار ۸ تا ۲۴ ساعت پس از جراحی NPO باشد.
- ❖ زمان خروج سوند ادراری ۱۲ ساعت بعد از جراحی یا روز بعد از جراحی است.
- ❖ ۸-۱۲ ساعت پس از عمل بیمار تشویق شود تا هر از گاهی نفس های عمیق کشیده و سرفه کند و پاهای خود را در بستر به حرکت در آورد و با کمک همراه راه برود .
- ❖ بیمار ۶ ساعت پس از جراحی و با رفع بیهوشی می تواند حرکت کند.
- ❖ بیمار روزانه و قبل از ترخیص ویزیت شود
- ❖ صبح پس از جراحی هموگلوبین مادر اندازه گیری شود .

مراقبتها در بخش پس از سزارین

❖ صبح روز بعد از عمل در صورت نیاز به تزریق ایمنوگلوبولین آنتی D، تزریق انجام شود.

❖ در زمان ترخیص در باره مراقبت از نوزاد، شیردهی نوزاد، مراقبت از بخیه ها، فعالیتهای معمول، علایم خطر و زمان مراجعات بعدی به مادر آموزش داده شود.

❖ دوش گرفتن ۴۸ ساعت پس از سزارین و بازکردن پانسمان زخم مانعی ندارد.

❖ علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هر یک ساعت به مدت ۴ ساعت و پس از آن هر ۴ ساعت به مدت ۲۴ ساعت بررسی و در پرونده مادر ثبت گردد.

در موارد اورژانس مامایی که ختم بارداری جهت حفظ حیات مادر یا جنین الزامی است ، در مناطق محروم با شرایط احتمالی عدم دسترسی به متخصص زنان ، سزارین با کسب تکلیف از استاد معین دانشگاهی ، توسط جراح عمومی انجام شود .

عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

بایستی در موارد چسبندگی های داخل شکمی /اختلالات لانه گزینی جفت /خونریزی های غیر قابل کنترل لگنی ، جراح عمومی و یا

اورولوژیست و یا جراح عروق برای مداخلات جراحی لازم حضور یابند.

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	متخصص بیهوشی	به ازای هر دو بیمار ۱ نفر	تخصص	مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل جراحی
۲	پرستار / تکنسین اتاق عمل (نرس سیرکولر و اسکراب)	۲ نفر	کاردان به بالا	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۳	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۴	ماما	۱ نفر	کارشناس	مراقبت نوزاد بلافاصله بعد از به دنیا آمدن و مراقبت از مادر
۵	متخصص کودکان	۱ نفر	تخصص	مراقبت از نوزاد حین عمل
۶	جراح عمومی / اورولوژیست / جراح عروق *	۱ نفر	تخصص	در موارد چسبندگی های داخل شکمی / اختلالات لانه گزینی جفت / خونریزی های غیر قابل کنترل لگنی

استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

❖ اتاق عمل بیمارستان دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

استانداردهای ثبت

تشخیص قبل از عمل Pre-op Diagnosis :

تشخیص بعد از عمل Post-op Diagnosis :

تشخیص قبل از عمل Kind of Operation :

بعد از P&D و ☐ GA ☐ S/A پوست به روش: عرضی ☐ طولی ☐ باز شد.

فاشیا و پریتوئن باز شد: چسبندگی فاشیا ☐ امتنوم ☐ مثانه ☐ خلف رحم ☐ روده ها داشت ☐ نداشت ☐.

انسزیون رحم Dehiscence: داشت ☐ نداشت ☐.

برش عرضی سگمان تحتانی ☐ طولی سگمان تحتانی ☐ کلاسیک ☐ خلف رحم ☐ داده شد. آیا Extension محل برش وجود دارد:

بلی ☐ خیر ☐ در صورت بلی نوع آن.....

نوزاد با پرزانتاسیون: سفالیک □ بریچ □ عرضی □ دختر □ پسر □ با آپگار متولد شد.

جفت و مامبران کامل خارج شد □ ظاهر جفت طبیعی بود □ نبود □.

چسبندگی جفت: داشت □ نداشت □ خونریزی غیر طبیعی ازمحل جفت: داشت □ نداشت □ رحم آنومالی مولرین دارد □ ندارد □

ABG ارسال شد □ نشد □ PCO_2 □ Ph بیکربنات □ ترمیم رحم در دو لایه با نخ انجام شد. بررسی تخمدان و لوله انجام

شد که ظاهر طبیعی داشت. سروژ مثانه با نخ دوخته شد □ دوخته نشد □. داخل شکم شستشو داده شد □ نشد □.

شمارش اول توسط پرسنل صحیح اعلام شد. درن داخل شکم گذاشته شد □ نشد □. آسیب روده ایجاد شد □ نشد □. آسیب

مثانه ایجاد شد □ نشد □. ترمیم پریتوئن جداری با نخ انجام شد □ انجام نشد □ ترمیم عضله با نخ انجام شد □ انجام

نشد □ خونگیری زیر فاشیا انجام شد. ترمیم فاشیا با نخ انجام شد. خونگیری زیر جلد انجام شد.

بستن زیر جلد انجام شد □ نشد □ سپس پوست با به روش دوخته شد. شمارش گاز و لنگار و چک

وسایل توسط و □ بار صحیح اعلام شد. بیمار با حال عمومی خوب □ بد □ تحویل ریکاوری داده

شد.

ادرار داخل بگ: □ Clear □ Bloody بود.

خونریزی واژینال در حد طبیعی □ یا بیشتر از حد طبیعی □ بود.

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل مادری

- سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم
- سرکلاژ داخل شکمی و سابقه ترمیم فیستول وزیکوواژینال یا رکتوواژینال
- مستندات دال بر سابقه یک بار پارگی درجه ۳ و ۴ با بی اختیاری مدفوع با یا بدون ترمیم، سابقه بیش از یک بار پارگی درجه ۳ و ۴ با یا بدون بی اختیاری مدفوعی
- اختلالات لانه گزینی جفت
- پرزنتاسیون بند ناف و وازوپروپیا و پرولاپس بند ناف

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل مادری

- اورژانس های مامایی با تاکید بر اصول مندرج در راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان جهت نجات جان مادرو یا جنین
- عفونت مادری با هرپس ژنیتال فعال یا علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری
- HIV مثبت (با وایرال لود بیش از هزار کپی در سی سی)
- هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر کانال زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود .
- کانسر مهاجم سرویکس

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل مادری

- سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر و برادر یا خویشاوندان درجه ۱ و ۲ و شک به گرفتاری جنین
- در موارد بیماریهای زمینه ای بایستی بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان و یا نظر کمیته دانشگاهی اقدام شود
- در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد. از ۳ تا ۴ دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود .
- دفورمیتی های بارز لگن، دیستوشی و عدم پیشرفت سیر زایمانی یا (CPD عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل مادری

- در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان مادر اصرار می ورزد؛ انجام مشاوره های سلامت روان الزامی است .
- تبصره :اگر کماکان علتی برای سزارین موجود نباشد و مادر به سزارین اصرار بورزد ضمن درج مستندات در پرونده ایشان، سزارین خارج از پوشش تحت پوشش بیمه خواهد بود .

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل جنینی

- بارداری چند قلویی
- دیسترس جنینی، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین
- تاخیر رشد داخل رحمی جنین
- آنومالی قابل درمان جنین که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو و دیستوشی های زایمان می شود

اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت

❖ علل جنینی

- نمایش غیر طبیعی پایدار جنین مثل نمایش صورت ، پیشانی ، قرار عرضی و نمایش بریچ
- ماکروزومی جنین
- بیمارانی که قبل از شروع لیبر دچار آبریزش شده اند اگر مایع آمنیوتیک شفاف باشد اندیکاسیون برای سزارین ندارند و در صورتی که مایع آمنیوتیک حاوی مکونیوم در فاز نهفته یا ابتدای فاز فعال باشد (قبل از دیلاتاسیون ۶) جزء موارد دیسترس جنین محسوب می شود و اندیکاسیون سزارین دارد.

مدت زمان ارائه هر واحد خدمت

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	تخصص زنان و زایمان	متخصص	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۲ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	جراح: انجام عمل سزارین کمک جراح: کمک به انجام سزارین (بسته به نظر جراح)
۲	بیهوشی	متخصص	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۱ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	اقدام جهت بیهوشی مادر
۳	متخصص کودکان	متخصص	حداقل ۱۵ دقیقه و به طور متوسط ۳۰ دقیقه با توجه به شرایط نوزاد	اقدامات مربوط به احیای نوزاد
۴	هوشبری	کاردان به بالا	حداقل ۴۵ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	کمک در انجام بیهوشی
۵	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل ۴۵ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین	اسکراپ و سیرکولر
۶	ماما	کارشناس	حداقل ۳۰ دقیقه و به طور متوسط ۱,۵ ساعت با توجه به شرایط مادر و نوزاد	مراقبت و احیای نوزاد
۷	جراح عمومی / اورولوژیست /جراح عروق*	۱ نفر	تخصص	در موارد چسبندگی های داخل شکمی / اختلالات لانه گزینی جفت / خونریزی های غیر قابل کنترل لگنی

مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

- ❖ زمان ترخیص در مادران سزارین شده به طور متوسط ۴۸ ساعت پس از سزارین است.
- ❖ در صورت صلاحدید پزشک در مادر با حال عمومی خوب و بدون تب و بدون مشکل می توان ۲۴ ساعت پس از سزارین و پس از اجابت مزاج وی را ترخیص نمود .
- ❖ در صورت وجود مشکل و مادر پرخطر و نیاز به بستری به مدت بیشتر زمان ترخیص با نظر پزشک متخصص است. (پره اکلامپسی حداقل ۷۲ ساعت)

موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

❖ آموزش مراقبت از خود پس از زایمان (مراقبت های پس از عمل، تغذیه، دفع ادرار و مدفوع، بهداشت فردی، مراقبت از زخم و پیشگیری از ترومبوآمبولی، اندوه پس از زایمان و ...)

❖ آموزش مراقبت از نوزاد

❖ آموزش شیردهی

❖ آموزش زمان مراجعه مجدد

❖ در مواردی که مادر پر خطر پس از زایمان نیاز به مصرف دارو دارد، می بایست آموزش

❖ های لازم را برای ادامه مراقبت ها و درمان های دارویی دریافت نماید.

— Lorem ipsum dolor sit —

Thank You

finished