

# دفترچه آمار مهارت‌های بالینی کسب شده دانشجویان کارشناسی مامایی

نام و نام خانوادگی: .....

تهیه و تنظیم: گروه مامایی

سال: ۱۳۷۹

هیات ممتحنه و ارزشیابی مامایی

سال ۱۳۸۴

### شماره صفحه :

- ۱- فرم آمار خونگیری از ورید
- ۲- فرم آمار تزریقی عضلانی
- ۳- فرم آمار تزریقی وریدی
- ۴- فرم آمار کاتتر وریدی و وصل سرم
- ۵- فرم آمار انجام پانسمان
- ۶- فرم آمار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی در افراد غیر باردار
- ۷- فرم آمار بررسی پرونده و پیگیری سیر بالینی بیماری در افراد غیر باردار
- ۸- فرم آمار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی در افراد باردار
- ۹- فرم آمار بررسی پرونده و پیگیری سیر بالینی در افراد باردار
- ۱۰- فرم آمار ارزیابی فیزیکی نوزاد
- ۱۱- فرم آمار کاتتریزاسیون معده جهت شستشو یا تغذیه
- ۱۲- فرم آمار خونگیری از ورید یا کف پای نوزاد
- ۱۳- فرم کسب مهارت کار با اتکوباتور و فتوترایی
- ۱۴- فرم آمار تغذیه وریدی و انواع وصل سرم با میکروست
- ۱۵- فرم آمار کمک به انجام تعویض خون نوزاد
- ۱۶- فرم آمار کمک و آموزش شیردهی از شیر مادر
- ۱۷- فرم آمار معاینه پستان و آموزش و خود آزمایی آن
- ۱۸- فرم آمار انجام پاپ اسمیر
- ۱۹- فرم آمار تفسیر آزمایش پاپ اسمیر
- ۲۰- فرم آمار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی و واژینال و پیگیری و درمان
- ۲۱- فرم آمار مراقبتهای پره ناتال
- ۲۲- فرم آمار هدایت جلسه آموزش گروهی با موضوعات مامایی در بارداری
- ۲۳- فرم آمار تجویز انواع روشهای تنظیم خانواده
- ۲۴- فرم آمار گذراندن IUD
- ۲۵- فرم آمار خارج کردن IUD
- ۲۶- فرم آمار انجام واکسیناسیون کودک
- ۲۷- فرم آمار پایش رشد شیرخوار و کودک
- ۲۸- فرم آمار انجام واکسیناسیون مادر
- ۲۹- فرم آمار مشاوره
- ۳۰- فرم آمار انجام معاینه واژینال زن باردار

۳۱- فرم کمک به زن در اداره درد لیبر با بکارگیری انواعی از تکنیکها

۳۲- فرم آمار کنترل لیبر زایمان

۳۳- فرم آمار رسیدگی به نوزاد با فاصله بعد از زایمان طبیعی

۳۴- فرم آمار مشاوره سزارین و کمک به مراقبت از نوزاد بعد از خروج

۳۵- فرم آمار مشاهده احیای نوزاد و انجام احیا و یا نظارت

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

فرم آمار خونگیری از ورید ( ۵ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	علت خونگیری	محل کارآموزی	مربی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

فرم آمار تزریق عضلانی ( ۵ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نام دارو	محل کارآموزی	۱. مربی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

فرم آمار تزریق وریدی ( ۵ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نام دارو	محل کارآموزی	۱. مربی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

نام و نام خانوادگی :



							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰
							۱۱
							۱۲
							۱۳
							۱۴
							۱۵
							۱۶
							۱۷
							۱۸
							۱۹
							۲۰

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

فرم آمار بررسی پرونده و پیگیری سیر بالینی  
بیماری در افراد غیر باردار ( ۲۰ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	محل کارآموزی	مربی
۱							

							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰
							۱۱
							۱۲
							۱۳
							۱۴
							۱۵
							۱۶
							۱۷
							۱۸
							۱۹
							۲۰





فرم آمار بررسی پرونده و پیگیری سیر بالینی  
بیماری در افراد غیر باردار ( ۱۵ مورد )

( در بخشهای داخلی و جراحی )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	محل کارآموزی	مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							



								۵
--	--	--	--	--	--	--	--	---

## فرم آمار خون گيري از ورید پا کف پاي نوزاد ( ۱۰ مورد )

ردیف	تاریخ	نام مادر	نوع زایمان	آپکار	نوع آزمایش	پزشک معالج	محل کارآموزی	امضاء مربی
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

فرم کسب مهارت با انکوباتور و فتوتراپی آیا  
دانشجو مهارت لازم را در کار با دستگاههای ذیل  
کسب نموده است ؟

انکوباتور       بلی       خیر

مربی       بلی       خیر

فتوتراپی

مربی

















									۳
									۴
									۵
									۶
									۷
									۸
									۹
									۱۰

### فرم آمار خارج کردن IUD ( ۲ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	P	LMP	علت خارج کردن IUD	محل کارآموزی	امضاء مربی
۱								
۲								

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

### فرم آمار انجام واکسیناسیون کودک ( ۲۴ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	نوع واکسن	محل کارآموزی	امضاء مربی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						



									۲
									۳
									۴
									۵
									۶
									۷
									۸
									۹
									۱۰
									۱۱
									۱۲
									۱۳
									۱۴
									۱۵
									۱۶
									۱۷
									۱۸
									۱۹
									۲۰

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

### فرم آمار انجام واکسیناسیون مادر ( ۶ مورد )

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	G.A	G.P.Ap.Lc	نوع واکسن تاریخ و نوبت	آموزشهای لازم	امضاء مربی
۱							
۲							





# فرم کمک به ۱۵ زن در اداره درد لیبر با بکارگیری انواعی از تکنیکها

## شامل :

الف : ارزیابی تصورات زن از درد

ب : دخالت مامایی نظیر تغییر پوزیشن ، سرپا کردن ، دادن گرما ، ماساژ و آب

ج ( مشاهده و کمک به روشهایی نظیر سایکوپروفیلاکسی ، هیپنوزیس و آکوپانکچریا TENS

د ) کاربرد مسکنهای داخل عضلانی

ه : کاربرد روشهای تنفسی و شل سازی عضلانی و آرامسازی ذهنی

و : آماده ساختن و کمک و مراقبت از زنان در آنستزی ایپدورال / اسپینال

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ	C	کار انجام شده	پزشک معالج	محل کارآموزی	مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							





نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

### فرم آمار رسیدگی به نوزاد بلافاصله پس از زایمان طبیعی ( ۸۰ مورد )

ردیف	نام و نام خانوادگی	G.A به هفته	آپکار نوزاد در دقیقه		پاک کردن راههای تنفسی		معاینه نوزاد و تعیین نوع ابنورم اللیتی	نوزاد به مراحل بعدی احیا احتیاج		انجام اولین تغذیه نوزاد در اتاق زایمان	وزن نوزاد	امضاء مربی
			اول	پنجم	پوار	ساکشن		دارد	ندارد			
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												

و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

### فرم مشاهده سزارین و کمک به مراقبت از نوزاد بعد از خروج ( ۳ مورد )

ردیف	تاریخ	نام مادر	جنس نوزاد	آپگار	پزشک معالج	محل کارآموزی	مربی
۱							
۲							
۳							

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

### فرم مشاهده احیای نوزاد ( ۵ مورد ) ویا گذراندن کارگاه احیاء

ردیف	تاریخ	نام مادر	نوع زایمان	آپگار	پزشک معالج	محل کارآموزی	مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

**انجام ۲۰ مورد ارزیابی روانی ، اجتماعی و فیزیکی بعد از زایمان و ترخیص زائو  
همراه با تجویز نسخه**

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	مربی
۱			
۲			
۳			
۳			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			