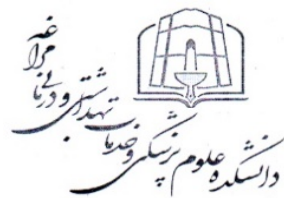


بسمه تعالی



دفترچه آمار مهارت‌های بالینی کسب‌شده دانشجویان کارشناسی ناپیوسته مامایی

گروه مامایی دانشکده علوم پزشکی مراغه، زمستان ۱۳۹۸

نام و نام خانوادگی دانشجو :

خونگیری جهت انجام آزمایشات (BG,Rh,CT,BT,CBC)(۱۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	علت خونگیری	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱.					
۲.					
۳.					
۴.					
۵.					
۶.					
۷.					
۸.					
۹.					
۱۰.					

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

					.۱۱
					.۱۲
					.۱۳
					.۱۴
					.۱۵

فرم آمار تزریق عضلانی (۵ مورد مستقل)
(۱ مورد مشاهده و ۱ مورد مشارکت)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نام دارو	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱.					
۲.					
۳.					
۴.					
۵.					
۶.					
۷.					
۸.					
۹.					
۱۰.					

فرم آمار تزریق زیر جلدی (۵ مورد مستقل)
(۱ مورد مشاهده و ۱ مورد مشارکت)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نام دارو	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱.					
۲.					
۳.					
۴.					
۵.					
۶.					
۷.					
۸.					
۹.					
۱۰.					

فرم آمار کاتتر وریدی و وصل سرم (۱۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع سرم	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱.					
۲.					
۳.					
۴.					
۵.					
۶.					
۷.					
۸.					
۹.					
۱۰.					
۱۱.					
۱۲.					
۱۳.					
۱۴.					

فرم آمار تزریق وریدی (۵ مورد مستقل)
(۱ مورد مشاهده و ۱ مورد مشارکت)

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

فرم آمار سوندگذاری (۱۰ مورد مستقل)
(۵ مورد مشاهده و ۵ مورد مشارکت)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع سوند (فولی یا نلاتون)	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

فرم آمار انجام پانسمان (۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع جراحی	محل پانسمان	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

فرم گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی و معاینه پستان در افراد غیر باردار (۱۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	سروگردن	قلب و ریه	شکم و اندامها	معاینه پستان	نوع بیماری	نام و امضای مربی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									

فرم آمار بررسی پرونده و سیر بالینی بیماری در افراد غیرباردار (۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

فرم آمار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی در افراد باردار و تشخیص بارداری های پر خطر (۱۰ مورد، در بخشهای داخلی و جراحی و بخش
(High Risk)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	سر و گردن	قلب و ریه	شکم و اندامها	نوع بیماری	نام و امضای مربی
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

فرم آمار بررسی پرونده و پیگیری سیر بالینی بیماری در افراد باردار (۱۵ مورد، در بخشهای داخلی و جراحی و بخش High Risk)

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

فرم آمار ارزیابی فیزیکی نوزاد (۲۵ مورد، حداقل ۸ مورد آن در نوزادان بستری در بخش ویژه باشد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره پرونده	تاریخچه	علائم حیاتی	سر و گردن	قلب و عروق	ریه و قفسه سینه	شکم	اندامها	رفلکسها (۲مورد)	نام و امضای مربی
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											

											۱۳
											۱۴
											۱۵
											۱۶
											۱۷
											۱۸
											۱۹
											۲۰
											۲۱
											۲۲
											۲۳
											۲۴
											۲۵

فرم آمار کاتتریزاسیون معده جهت شستشو یا تغذیه (۲ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی مادر	نوع زایمان	علت انجام کاتتریزاسیون	پزشک معالج	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

فرم آمار خون گیری از ورید یا پاشنه نوزاد (۸ مورد)

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

فرم کسب مهارت کار با انکوباتور و فتوتراپی

آیا دانشجو مهارت لازم را در کار با دستگاههای ذیل کسب نموده است؟

انکوباتور	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	نام و امضای مربی
فتوتراپی	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	نام و امضای مربی

فرم آمار انجام تغذیه وریدی نوزاد به همراه تنظیم سرم و محتویات (۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام مادر	نوع زایمان	علت تغذیه وریدی	پزشک معالج	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

فرم آمار کمک به انجام شیردهی از شیرمادر (۱۰مورد، حداقل یک مورد آن مربوط به نوزاد نارس و یک مورد دوقلویی و یک مورد دوشیدن شیر و تغذیه نوزاد با شیر دوشیده شده)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی مادر	نوع زایمان	وضعیت نوزاد	پوزیشن مادر	روش شیردهی	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

فرم آموزش عملی مهارت شیردهی به مادران (۱۰ مورد، حداقل یک مورد آن مربوط به نوزاد نارس و یک مورد دوقلوئی و یک مورد قطع شیر بدلالی مثل جنین مرده)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی مادر	نوع زایمان	سن شیرخوار	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

فرم آمار معاینه پستان و آموزش خودآزمایی آن (۱۰ مورد، در هر مورد معاینه و آموزش هر دو باید انجام گیرد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	G, P, Ab, AL	LMP	تشخیص	پیگیری	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									

فرم آمار انجام پاپ اسمیر و تفسیر آن (۴۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	G, P, Ab, AL	LMP	علت انجام پاپ اسمیر	تشخیص بالینی	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									

									۱۴
									۱۵
									۱۶
									۱۷
									۱۸
									۱۹
									۲۰
									۲۱
									۲۲
									۲۳
									۲۴
									۲۵
									۲۶
									۲۷
									۲۸
									۲۹
									۳۰

									۳۱
									۳۲
									۳۳
									۳۴
									۳۵
									۳۶
									۳۷
									۳۸
									۳۹
									۴۰

آمار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی و واژینال و پیگیری و درمان (۸۰ مورد شامل حدود ۴۰ مورد در درمانگاه مامایی یا بهداشت خانواده، ۳۰ مورد در درمانگاه زنان، ۱۰ مورد در درمانگاه ناباروری، هر مورد فقط توسط یک دانشجو که مسئول شرح حال گیری از بیمار نیز می باشد، می تواند گزارش شود)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	G, P, Ab, AL	LMP	علت مراجعه	تشخیص	اقدام	پزشک معالج	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
.۱											
.۲											
.۳											
.۴											
.۵											
.۶											
.۷											
.۸											
.۹											
.۱۰											
.۱۱											
.۱۲											
.۱۳											
.۱۴											

											.۱۵
											.۱۶
											.۱۷
											.۱۸
											.۱۹
											.۲۰
											.۲۱
											.۲۲
											.۲۳
											.۲۴
											.۲۵
											.۲۶
											.۲۷
											.۲۸
											.۲۹
											.۳۰
											.۳۱
											.۳۲
											.۳۳
											.۳۴

											۵۶.
											۵۷.
											۵۸.
											۵۹.
											۶۰.
											۶۱.
											۶۲.
											۶۳.
											۶۴.
											۶۵.
											۶۶.
											۶۷.
											۶۸.
											۶۹.
											۷۰.
											۷۱.
											۷۲.
											۷۳.
											۷۴.
											۷۵.
											۷۶.

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

											.۷۷
											.۷۸
											.۷۹
											.۸۰

فرم آمار مراقبتهای پره‌ناتال و انجام مانورهای لئوپولد در درمانگاههای مامایی و بهداشت خانواده (۸۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	G, P, Ab, AL	G.A	EDC	ارتفاع رحم به سانتیمتر	پرزانتاسیون	صدای قلب جنین	آنگاژمان	نام و امضای مربی
۱.										
۲.										
۳.										
۴.										
۵.										
۶.										
۷.										
۸.										
۹.										
۱۰.										
۱۱.										
۱۲.										
۱۳.										
۱۴.										

										.۱۵
										.۱۶
										.۱۷
										.۱۸
										.۱۹
										.۲۰
										.۲۱
										.۲۲
										.۲۳
										.۲۴
										.۲۵
										.۲۶
										.۲۷
										.۲۸
										.۲۹
										.۳۰
										.۳۱
										.۳۲
										.۳۳
										.۳۴
										.۳۵

										.۳۶
										.۳۷
										.۳۸
										.۳۹
										.۴۰
										.۴۱
										.۴۲
										.۴۳
										.۴۴
										.۴۵
										.۴۶
										.۴۷
										.۴۸
										.۴۹
										.۵۰
										.۵۱
										.۵۲
										.۵۳
										.۵۴
										.۵۵
										.۵۶

										۵۷
										۵۸
										۵۹
										۶۰
										۶۱
										۶۲
										۶۳
										۶۴
										۶۵
										۶۶
										۶۷
										۶۸
										۶۹
										۷۰
										۷۱
										۷۲
										۷۳
										۷۴
										۷۵
										۷۶
										۷۷

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

										.۷۸
										.۷۹
										.۸۰

فرم آمار گذاردن و درآوردن IUD (۱۰ مورد، حداقل ۳ مورد مستقل)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	P	LMP	پاپاسمیر	ماما یا پزشک معالج	داروی تجویزی	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										

فرم آمار انجام واکسیناسیون کودک (۲۵ مورد، از هر نوع حداقل ۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	نوع واکسن	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						

					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰
					۲۱
					۲۲
					۲۳
					۲۴
					۲۵

پایش رشد و تکامل کودک سالم (۱۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	وزن	قد	دور سر	ارجاع موارد غیر طبیعی	تشخیص و درمان اسهال	مامایا پزشک معالج	نام و امضای مربی
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										

فرم آمار انجام واکسیناسیون مادر (۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	G.A	G, P, Ab, AL	نوع واکسن و نوبت	آموزشهای لازم	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

فرم آمار مشاوره (۲ مورد در هر زمینه)

نام و امضای مربی	محل کارآموزی	سن	نام و نام خانوادگی	تاریخ	ردیف	نوع مشاوره
					۱	تنظیم خانواده
					۲	
					۱	ازدواج
					۲	
					۱	بهداشت و بلوغ قاعدگی
					۲	
					۱	بهداشت یائسگی
					۲	
					۱	زنان و نازایی
					۲	
					۱	عملکرد جنسی
					۲	
					۱	بیماریهای ژنتیک
					۲	

فرم آمار انجام معاینه واژینال زن باردار (۸۰ مورد، در درمانگاه مامایی و لیبر)

تاریخ	G, P, Ab, AL	G.A	پرزانتاسیون	دیلاتاسیون	افاسمان	استیشن	پوزیشن	مامبران	لگن	نام و امضای مربی
۱.										
۲.										
۳.										
۴.										
۵.										
۶.										
۷.										
۸.										
۹.										
۱۰.										
۱۱.										

											.۱۲
											.۱۳
											.۱۴
											.۱۵
											.۱۶
											.۱۷
											.۱۸
											.۱۹
											.۲۰
											.۲۱
											.۲۲
											.۲۳
											.۲۴

											۲۵
											۲۶
											۲۷
											۲۸
											۲۹
											۳۰
											۳۱
											۳۲
											۳۳
											۳۴
											۳۵
											۳۶
											۳۷
											۳۸

											.۳۹
											.۴۰
											.۴۱
											.۴۲
											.۴۳
											.۴۴
											.۴۵
											.۴۶
											.۴۷
											.۴۸
											.۴۹
											.۵۰
											.۵۱
											.۵۲

											۵۳
											۵۴
											۵۵
											۵۶
											۵۷
											۵۸
											۵۹
											۶۰
											۶۱
											۶۲
											۶۳
											۶۴
											۶۵
											۶۶

											.۶۷
											.۶۸
											.۶۹
											.۷۰
											.۷۱
											.۷۲
											.۷۳
											.۷۴
											.۷۵
											.۷۶
											.۷۷
											.۷۸
											.۷۹
											.۸۰

فرم کمک به زن در اداره درد لیبر با بکارگیری انواعی از تکنیکها (۲۰)

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 و آکوپرشر

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

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ	G	کار انجام شده	پزشک معالج	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

							۹
							۱۰
							۱۱
							۱۲
							۱۳
							۱۴
							۱۵
							۱۶
							۱۷
							۱۸
							۱۹
							۲۰

فرم ارزیابی شاخص ها و تستهای سلامت جنین (۲۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	سن	NST, OCT	تفسیر ST	تفسیر OCT	تفسیر سونوگرافی BPB	نام و امضای مربی
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								

								۱۶
								۱۷
								۱۸
								۱۹
								۲۰

فرم آمار زایمانی (۶۰ مورد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	G, P, Ab, AL	نوع زایمان	نوع مورد غیرطبیعی	مدت مراحل زایمانی به ساعت			جنسیت نوزاد	ساعت و تاریخ زایمان	امضاء مربی
					اول	دوم	سوم			
.۱										
.۲										
.۳										
.۴										
.۵										
.۶										
.۷										
.۸										
.۹										

										.۱۰
										.۱۱
										.۱۲
										.۱۳
										.۱۴
										.۱۵
										.۱۶
										.۱۷
										.۱۸
										.۱۹
										.۲۰
										.۲۱
										.۲۲

										.۲۳
										.۲۴
										.۲۵
										.۲۶
										.۲۷
										.۲۸
										.۲۹
										.۳۰
										.۳۱
										.۳۲
										.۳۳
										.۳۴
										.۳۵

										۳۶
										۳۷
										۳۸
										۳۹
										۴۰
										۴۱
										۴۲
										۴۳
										۴۴
										۴۵
										۴۶
										۴۷
										۴۸

										.۴۹
										.۵۰
										.۵۱
										.۵۲
										.۵۳
										.۵۴
										.۵۵
										.۵۶
										.۵۷
										.۵۸
										.۵۹
										.۶۰

تزریق و پایش سولفات منیزیم تحت نظارت (۳ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی بیمار	علت تزریق سولفات	نام و امضای مربی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

فرم آمار اینداکشن (۲۰ مورد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	G, P, Ab, AL	سن	امضاء مربی یا مسئول اتاق زایمان
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				

				۱۰
				۱۱
				۱۲
				۱۳
				۱۴
				۱۵
				۱۶
				۱۷
				۱۸
				۱۹
				۲۰

فرم آمار ماساژ دو دستی (۱۰ مورد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	G, P, Ab, AL	نوع زایمان	نوع مورد غیرطبیعی	مدت مراحل زایمانی به ساعت			بررسی سرویکس	ساعت و تاریخ زایمان	امضاء مربی
					اول	دوم	سوم			
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

										۱۰
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

فرم آمار پایش سلامت نوزاد بعد از زایمان طبیعی (۶۰ مورد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	G.A به هفته	آپگار نوزاد در دقیقه		پاک کردن راههای تنفسی		معاینه نوزاد و تعیین نوع ابنورمالیتی	نیاز به مراحل بعدی احیا	محل انجام مراقبتهای اولیه	انجام اولین تغذیه نوزاد در اتاق زایمان	وزن نوزاد	نام و امضای مربی
			اول	پنجم	پوار	ساکشن						
۱.												
۲.												
۳.												
۴.												
۵.												
۶.												
۷.												
۸.												

فرم مشاهده سزارین و کمک به مراقبت از نوزاد بعد از خروج (۵ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی مادر	جنس نوزاد	وضعیت نوزاد و نوع کمک انجام گرفته توسط دانشجو	نوع برش	نوع بیحسی	پزشک جراح	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

فرم مشاهده یا کمک به انجام احیای نوزاد (۵ مورد بعد از گذراندن کارگاه احیاء)

تاریخ گذراندن کارگاه احیاء:

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی مادر	نوع زایمان	اقدامات انجام گرفته	پزشک مسئول احیاء	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

انجام ارزیابی روانی، اجتماعی و فیزیکی بعد از زایمان و ترخیص زائو همراه با تجویز نسخه (۱۰ مورد)

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی زائو	شماره پرونده	نتیجه ارزیابی	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱.						
۲.						
۳.						
۴.						
۵.						
۶.						
۷.						
۸.						
۹.						
۱۰.						

آمار مشاهده اقدامات انجام گرفته در بخش پزشکی قانونی

(هر مورد باید توسط فقط یک دانشجو که مسئول شرح حال گیری از بیمار نیز می باشد، گزارش شود)

ردیف	تاریخ	شماره پرونده	علت مراجعه	اقدامات انجام گرفته	تشخیص	محل کارآموزی	نام و امضای مربی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							