****

**دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد**

**گروه آموزشی مامایی**

دفترچه ثبت عملکرد بالینی دانشجويان

کارشناسی ناپیوسته مامايی

**(Midwifery LOG BOOK)**

****

****

**ویرایش 1401**

**نام و نام خانوادگي دانشجو: ............................................**

**شماره دانشجويي : ............................................**

**دانشجوي گرامي :**

همان طور كه اطلاع داريد شما در طول دوره كار آموزي هاي مامايي در زمينه هاي مختلف تجارب گوناگون عملي را كسب خواهيد كرد كه به طور مستمر ثبت مي شود . ثبت فعاليتهاي انجام شده راهنماي ارزنده اي براي پي بردن به كاستي ها و رفع آن خواهد بود و شامل موارد زير است.

1. ثبت موارد انضباطي
2. ثبت فعاليتهاي عملي انجام شده توسط كارآموز
3. ثبت فعاليتهاي علمي آموزشي انجام شده توسط كارآموز
4. ثبت اقدامات مراقبتی، تشخيصي و دارو درماني انجام شده توسط كارآموز

اين کتاب برنامه توسط گروه مامايي دانشكده پرستاري مامايي شهركرد تهيه و در اختيار شما قرار گرفته است تا فعاليتهاي شما بطور مستمر ثبت گرديده و زير نظر اساتيد ارزيابي شود و در نهايت با مشخص شدن كاستي ها براي رفع آن ها برنامه ريزي مي شود. لذا از شما انتظار مي رود ضمن ثبت اطلاعات در حفظ آن كوشا بوده تا بتواند به عنوان ابزاري جهت ارزيابي علمي و عملي شما مورد استفاده قرار گيرد.

**مقررات :**

1. تمامي كارآموزان مي بايست اطلاعات مربوط به تجربيات عملي خود را در Log book ثبت نمایند.
2. هر كارآموز موظف است كليه اطلاعات ثبت شده در Log book خود را به تفكيك کارآموزی ها به تائيد هر مربي يا استاد مسئول خود برساند.
3. تكميل Log book بايد از ابتدا تا انتهای كارآموزي ها انجام شود.
4. گروه مامايي مي تواند در هر زمان كه تشخيص دهد Log book را جهت بررسي در اختيار داشته باشد.
5. دانشجویان بایستی جهت بررسی نهایی Log book خود را در پايان دوره به مربي يا استاد مربوطه گروه تحويل دهد.

**اصول كلي تكميل Log book**

* توصيه مي گردد كارآموز Log book خود را در تمامي کارآموزی ها همراه داشته باشد.
* اطلاعات مربوطه به هر اقدام عملي مي بايست در اولين زمان ممكن توسط كارآموز در جداول مربوطه ثبت شود و سپس به تائيد مربي مربوطه برسد.

 ***تذکر* : 10% از نمره امتحان پايان دوره (فينال) بر مندرجات اين دفترچه اختصاص می يابد . لذا لازم است دانشجو در طی مدت تحصيل به روند ارزيابی خود توسط مربيان توجه داشته باشد.**

**فرم ارزشیابی عمومی دانشجو**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | وظایف دانشجو | عالی | خوب | متوسط | ملاحظات |
| **1** | **رعایت موازین اسلامی و بهداشتی و آراستگی ظاهر** |  |  |  |  |
| **2** | **رعایت نظم، انضباط و وقت شناسی** |  |  |  |  |
| **3** | **دقت در کار و داشتن معلومات** |  |  |  |  |
| **4** | **داشتن مهارت و اعتماد به نفس** |  |  |  |  |
| **5** | **مسئولیت پذیری و فعال بودن در انجام امور** |  |  |  |  |
| **6** | **الویت بندی و سرعت عمل در انجام وظایف محوله** |  |  |  |  |
| **7** | **صرفه جویی و مراقبت از وسایل معاینه** |  |  |  |  |
| **8** | **ارتباط صحیح و مناسب با دیگران) مدرس، پرسنل، بیمار و ...)** |  |  |  |  |
| **9** | **انتقاد پذیری و تلاش برای اصلاح رفتار** |  |  |  |  |
| **10** | **احترام به حریم خصوصی و رعایت حقوق مددجو و خانواده وی** |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی بارداری طبیعی و غیر طبیعی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** |
| **1** | **رگ گیری** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **گرفتن شرح حال** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **معاینه فیزیکی** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **تعیین تاریخ احتمالی زایمان** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **انجام مانورهای لئوپولد**  | **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **سمع قلب جنین با گوشی مامایی** | **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **کنترل حرکت جنین** | **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **سونداژ مثانه** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **آشنایی باروند بستری**  | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تخمین وزن جنین ازروی شکم** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **افتراق دردهای حقیقی از کاذب** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **تخمین سن حاملگی بر اساس LMP** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **تخمین سن حاملگی بر اساس ارتفاع رحم** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **کنترل انقباضات رحمی** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **مشاهده NST** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **آشنایی با مراحل لیبر** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **آموزش های دوران بعد از زایمان** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **آموزش مراقبت از محل اپی، علائم خطر نفاس و بهداشت باروری بعد از زایمان** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **آماده کردن بیمار جهت کورتاژ و سزارین** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **ارسال آزمایشات** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **گزارش و تفسیر نتایج تستهای پاراکلینیکی موجود در پرونده** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **آشنایی با تجهیزات و داروهای موجود در بخش** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **اجرای دستورات دارویی مجاز** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **معاینه واژینال و لگن** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **شستشوی پرینه(پرب و درپ)** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **آماده کردن وسایل اتاق زایمان** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **آماده شدن برای انجام زایمان** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **آماده کردن ست زایمان** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی زایمان طبیعی و غیر طبیعی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** |
| **1** | **گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام مانورهای لئوپولد**  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **سمع قلب جنین با گوشی مامایی** | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **معاینه واژینال و لگن** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **پذیرش، معاینه و تصمیم گیری در بستری زائو**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **انجام انواع مونیتورینگ الکترونیک جنین** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **ارزیابی و تفسیر NST**  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **ارزیابی و تفسیر OCT , CST** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **اداره مرحله اول زایمان(تغذیه، پوزیشن، ارتباط با بیمار، تخلیه مثانه و...)** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **اداره مرحله دوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **اداره مرحله سوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **خروج دستی جفت در صورت لزوم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **مراقبت مرحله چهارم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **آموزشهای بعد از زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **مدیریت خونریزیهای غیر طبیعی بعد از زایمان** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **اداره زایمان زودرس** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **اداره PROM** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **اداره زایمان دیررس** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **اداره پره اکلامپسی** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **اداره زایمان در بیماران با مشکلات طبی و جراحی** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **اداره حاملگی های چندقلو** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **اداره IUGR** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **اداره زایمان IUFD** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **اداره زایمان با دکولمان** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **اداره حاملگی با پرویا** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **انجام زایمان غیر طبیعی (دیستوشی )**  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **اداره دیسترس جنین** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **احیاء نوزاد** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** | **تفسیر نتایج BPP و انواع سونوگرافی** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31** | **استفاده از تکنیک های غیر دارویی در کاهش درد زایمان** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **32** | **انجام زایمان به صورت فیزیولوژیک** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **33** | **تشخیص نیاز به اپی زیوتومی و بی حسی اپی زیوتومی** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34** | **انجام برش اپی زیوتومی و ترمیم برش اپی و پارگیهای واژن** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی بهداشت باروری مادر و کودک و تنظیم خانواده**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف |  | **شرح فعاليت** | **حداقل فعالیتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** |
| 1 | **عمومی** | آگاهی نسبت به دستورالعملهای کشوری(پاپ اسمیر،تغذیه،مدارس ،،جوانان.........) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | توانائی انجام کار با نرم افزار سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مشاوره پیش از ازدوج** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | آموزش و مشاوره مددجو (در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، بهداشت جنسی و بهداشت روان،تنظیم خانواده و خودآزمائی پستان) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | غربالگری اعتیاد، تالاسمی و بیماریهای مقاربتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **ثبت اقدامات انجام شده (سامانه ، دفتر آمار و کارت)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مشاوره قبل از بارداری** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | بررسی پرونده ، گرفتن شرح حال ، انجام معاینه فیزیکی و کنترل علائم حیاتی در صورت لزوم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر، اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آموزش و مشاوره مددجو (تغذیه ، بهداشت جنسی ، ژنتیک) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | غربالگری پاپ اسمیر، STD،دیابت،کم کاری تیروئید....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **بارداری** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **بارداری**  | آموزش و مشاوره مددجو بر حسب نیاز | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 | واکسیناسیون مادر باردار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | توجه به ناسازگاری خونی و تزریق آمپول روگام در موارد لازم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 | تطابق سن بارداری بر اساس L.M.P ، ارتفاع رحم و سونوگرافی و تشخیص طبیعی یا غیر طبیعی بودن آن | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | انجام ما نورهای لئوپولد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | سمع قلب جنین (گوشی مامایی و سونی کید) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | تعیین BMI و چارت جدول وزن گیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | بررسی شکایات شایع و انجام اقدامات لازم  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | آموزش ،درخواست و تفسیر تستهای غربالگری جنین | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | غربالگری **(**دبایت ،پاپ اسمیر، STD.....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مراقبت بعد از زایمان** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد غیر طبیعی (خونریزی،عفونت،مشکلات دادراری،اجابت مزاج،ترومبوفلبیت و مشکلات دهان و دندان) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | توجه به وضعیت روانی مادر (دلتنگی و افسردگی پس از زایمان ، همسر آزاری) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | انجام معاینات لازم (چشم ، دهان و دندان ، پستان، شکم، محل بخیه ها و اندامها) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | بررسی وضعیت پستان(احتقان،ماستیت،آبسه...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | آموزش و مشاوره (شیردهی ،تغذیه،مراقبتهای بهداشتی مادر و نوزاد، تنظیم خانواده ....) | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | غربالگری **(**پاپ اسمیر،دیابت ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مراقبت از کودک** | ارتباط با مادر و کودک در تمام مراحل کار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ارزیابی وضعیت کودک با توجه به پرونده | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | پایش رشد کودک و تشخیص انحرافات (اندازه گیری وزن، قد، دور سر) | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | تشخیص کودکان نیازمند مراقبت ویژه،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **مراقبت از کودک** | رسم نمودار در پرونده و کارت و تفسیر منحنی برای مادر | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | بررسی وضعیت تکاملی ، انجام اقدامات لازم و آموزش به مادر | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آموزش و مشاوره مددجو بر حسب نیاز(رشد وتکامل،تغذیه،شیردهی،مراقبتهای بهداشتی،واکسیناسیون .....) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | غربالگری فنیل کتونوری ،هیپوتیروئیدی،PKU،شنوایی،بینایی،آنمی،چربی خون،....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | انجام مراقبت های ویژه مورد نیاز با توجه به وضعيت کودک | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | مشاهده تکنیک شیردهی (در صورت لزوم اصلاح آن) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | آموزش در مورد اهمیت تغذیه انحصاری، راههای حفظ و تداوم شیردهی و بررسی تغذیه مادر شیرده | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | آموزش و بررسی نحوه شروع تغذیه تکمیلی و مشکلات مربوط به آن | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | آموزش درمورد مشکلات تغذیه ای کودک وراهنمایی مادر در مراقبت نوزاد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | بررسی نحوه وضعیت تغذیه (رژیم غذایی 24 ساعت)  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | بررسی فعالیت فیزیکی کودک | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | آموزش انتقال تغذیه شیرخوار به غذای خانواده و تجویز مکمل ها | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | آموزش در مورد ازشیر گرفتن شیرخوار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | آموزش روش صحیح تغذیه مصنوعی (شیر خشک و...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | آموزش در مورد تغذیه تکمیلی، غذای خانواده و تجویز مکمل ها | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  آموزش به مادر در مورد بیماریها و حوادث تهدید کننده کودک متناسب با سن | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | تعیین تاریخ مراجعه بعدی برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | بررسی وجود مشکلات شایع(یبوست، نفخ، اسهال، دندان درآوردن، استفراغ، اختلال در کنترل ادرار و مدفوع،بیماریهای تنفسی، تب، برفک) آموزش و اقدامات لازم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **واکسیناسیون**  | بکارگیری زنجیره سرد: (محل قرار گرفتن، خواندن، ثبت درجه حرارت ،چیدن واکسن ها و وسایل داخل یخچال) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ارتباط با مادر و کودک و گرفتن شرح حال  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آماده کردن واکسن(کنترل کیفیت و تاریخ انقضاء ، رعایت نکات استریل،دوز،نحوه کشیدن و .... | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | بکار گیری شیوه صحیح تجویز و تزریق انواع واکسن | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | آموزش به مادر در مورد عوارض و مراقبت های لازم  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **تنظیم خانواده** | ارتباط با مراجع در تمام مراحل کار | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش و مشاوره در رابطه با روشهای تنظیم خانواده، علایم خطر و عوارض مرتبط با آنها) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | تجويز روشهای هورمونی (اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر،فراموشی ،مراجعه بعدی ... ) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | تجويزروشهای سدی( اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر،فراموشی ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تجويز وسایل داخل رحمی (اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | روشهای طبیعی(، نحوه استفاده ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | جایگذاری IUD | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | خارج نمودنIUD  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | محاسبه شاخصهای بهداشتی بر اساس زیج حیاتی ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | ثبت اقدامات انجام شده و تعیین مراجعه بعدی و ارجاع در موارد لزوم | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | تجویز روش جراحی پیشگیری از بارداری (TL ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | بررسی رضایت مراجع از روش ، مناسب بودن و عوارض آن  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | بررسی اندیکاسیون تغییر روش پیشگیری از بارداری |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **میانسالی** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش سبک زندگی سالم ومشاوره مورد نياز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | غربالگری (سرطان پستان ،پاپ اسمیروهيپوتيروتيدی ، ديابت ، چربی خون ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **سالمندی** | ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش سبک زندگی سالم ومشاوره مورد نياز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | آموزش سبک زندگی سالم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | بررسی شکایات شایع (گرگرفتگی،آتروفی واژن،بیخوابی بی اختیاری ادرا ر، استئوپروز،معاینات لازم بر اساس دستورالعمل ها | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | غربالگری (سرطان پستان ،پاپ اسمیروهيپوتيروتيدی ، ديابت ، چربی خون ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | ثبت اقدامات انجام شده و تعیین مراجعه بعدی  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی کودکان**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................... مکان کارآموزی.......................تاريخ از ............... تا ................ نام مربی ......**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **معاینه کودک(سر وگردن،گوش وحلق و بینی، قلب و ریه، شکم کبد و طحال،دستگاه تناسلی و اندامهاو....)** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **بررسی علائم VISدر کودکان و تفاوت آن با بزرگسالان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **تفسیر و تفاوت آزمایشها ی p,mg,FBS,Hct, Hbآلکالن فسفاتازو کراتینین ادرار و...در کودکان با بزرگسالان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **بررسی رشد کودک از نظر دستگاه عصبی و معاینات و تستهای مربوطه** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **بررسی کودک از نظر کم خونی** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **بررسی عقب ماندگی ذهنی بدلیل کرن ایکتروس و غیره، تشنج در کودکان و تظاهرات آن، افت تحصیلی بدلیل مشکلات مغزی و....** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **مشاهده معاینه ،تشخیص علائم و تظاهرات و اداره و پیگیری بیماریهای شایع عفونی و غیر عفونی کودکان** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **توجهات لازم در گرفتن نوار قلب از کودکان** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **آموزش تغذیه صحیح و ورزش و بازی به کودکان و والدین** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **مشاوره وآموزش والدین در مورد کودک بیمار(واکسیناسیون تغذیه، مصرف دارو و....)** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **گرفتن نوار ECG، EEG صحیح از کودک** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی بیماری های داخلی و جراحی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................ مکان کارآموزی...................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** |
| **1** | **تهیه شرح حال دقیق از بیمار** | **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام معاینات فیزیکی و تشخیص موارد غیر طبیعی** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **درخواست آزمایشات لازم براساس نیاز** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **تفسیر آزمایشات پاراکلینیکی مهم در بارداری** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **کسب اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیماران** | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **ارائه گزارش صحیح و دقیق از وضعیت بیمار به مربی** | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **شرکت در پرسش و پاسخ** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **تشخیص، مشاهده، اداره و درمان اورژانس های داخلی و جراحی** | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تشخیص بیماری های شایع دستگاه های مختلف بدن** | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **مشاهده و بررسی درمان بیماری ها** | **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **انجام مراقبت های مربوط به هر بیماری** | **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **ارائه آموزشهای مورد نیاز با تکیه بر اهمیت آنها در بارداری** | **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **انجام مراقبت های مربوط به هر جراحی** | **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی بیماریهای زنان**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................... مکان کارآموزی.....................تاريخ از ............... تا ............... نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** |
| **1** | **آماده کردن بيمار و وسايل جهت گذاشتن اسپکلوم وخروج آن** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **گرفتن شرح حال** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **انجام معاینه فیزیکی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **انجام معاينه دودستي** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **تهیه اسمیر از سلول های سرویکس** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آموزش در مورد انجام پاپ اسمير به مددجود**  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **تفسير آزمون پاپ اسمير** | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **دیدن و تشخیص اسمیر مرطوب زیرمیکروسکوپ** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **انجام وتفسیر تست فرن** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **گرفتن کشت از ترشحات واژن** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **انجام معاينه پستان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آموزش خود آزمايی پستان به مددجو** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **مدیریت و پیگیری توده های پستانی** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **درخواست آزمایشات لازم و سونوگرافی در صورت لزوم** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **تفسير آزمونهاي پارا کلینیک در بيماريهاي زنان** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **تشخيص سرويسيت و واژينيت** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **نسخه نويسی جهت درمان بیماریهای زنان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **نحوه مدیرت بیماریهای زنان و نازایی(خونریزی ها، عفونتها، توده های لگنی و...)** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **راهنمايي و آموزش مدد جويان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **مشاوره زنان (بیماریهای زنان، اختلات جنسی، نازایی و...)** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **انجام PCT و دیدن آن زیر میکروسکوپ** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **کمک به انجام هیستروسالپنگوگرافی، هیستروسکوپی، کولپوسکوپی، لاپاراسکوپی، کوتر، کرایو، کورتاژ و ...)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **تشخیص و اداره و درمان بیماران در بخش جراحی زنان** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **تهیه پمفلت و پوستر آموزشی و شرکت در مباحث نظری** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **تفسیر آزمایش آنالیز سیمن** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه بارداری طبیعی و غیر طبیعی(پره ناتال)**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................ مکان کارآموزی......................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت،** **امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** |
| **1** | **گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام مانورهای لئوپولد** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **سمع قلب جنین با گوشی مامایی** | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **معاینه واژینال و لگن** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **انجام انواع مونیتورینگ الکترونیک جنین** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آماده کردن زائوی بستری شده**  **(رگگیری،****خونگیری، VS، تخلیه مثانه و...)** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **اداره و کنترل سیر لیبر در مرحله اول زایمان ( FHR، انقباضات رحم، تغذیه، پوزیشن و...)** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **انجام آمنیوتومی** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **ارزیابی و تفسیر NST** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **ارزیابی و تفسیر OCT , CST** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تشخیص زمان انتقال زائو به اتاق زایمان و آماده سازی مادر جهت زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آماده شدن عامل زایمان جهت انجام زایمان(پوشیدن گان، شستن دستها، پوشیدن صحیح دستکش و ...)**  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **اداره مرحله دوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **رسیدگی به وضعیت نوزاد بلافاصله بعد از زایمان( باز بودن راه هوایی، کلمپ، معاینه فیزیکی، تزریق ویتامینKو..)** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **برقراری تماسپوستی مادرو نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **دفع صحیح وسایل آلوده و جمع آوری وسایل بعد از زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **استفاده از تکنیک های غیر دارویی در کاهش درد زایمان** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **انجام زایمان فیزیولوژیک** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **اداره مرحله سوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **کمک به خروج دستی جفت در صورت لزوم(کوراژ)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **اداره مرحله چهارم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **آموزشهای کامل بعد از زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **ترخیص مادر با انجام معاینات لازم برای مادر و نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **مدیریت خونریزیهای غیر طبیعی بعد از زایمان** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **اداره زایمان زودرس** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **اداره PROM** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **اداره زایمان دیررس** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **اداره پره اکلامپسی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **اداره زایمان در بیماران با مشکلات طبی و جراحی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** | **اداره حاملگی های چندقلو** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31** | **اداره IUGR** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **32** | **اداره زایمان IUFD** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **33** | **اداره زایمان با دکولمان** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34** | **اداره حاملگی با پرویا** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **35** | **انجام زایمان غیر طبیعی (دیستوشی)**  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **36** | **اداره دیسترس جنین** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **37** | **انجام مراقبت های مربوط به سقط، کورتاژ و سزارین** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **38** | **تفسیر نتایج BPP و انواع سونوگرافی** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **39** | **انجام بی حسی اپی زیوتومی** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **40** | **انجام برش اپی زیوتومی در صورت لزوم و ترمیم برش اپی و پارگیهای واژن** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **41** | **شرکت در کلاس های آمادرگی برای زایمان و تهیه پمفلت یا پوستر آموزشی** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه زایمان طبیعی و غیر طبیعی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** |
| **1** | **گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام مانورهای لئوپولد** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **سمع قلب جنین با گوشی مامایی** | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **معاینه واژینال و لگن** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **انجام انواع مونیتورینگ الکترونیک جنین** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آماده کردن زائوی بستری شده (رگ گیری،خونگیری، VS، تخلیه مثانه و...)** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **اداره و کنترل سیر لیبر در مرحله اول زایمان ( FHR، انقباضات رحم، تغذیه، پوزیشن و...)** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **انجام آمنیوتومی** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **ارزیابی و تفسیر NST** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **ارزیابی و تفسیر OCT , CST** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تشخیص زمان انتقال زائو به اتاق زایمان و آماده سازی مادر جهت زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آماده شدن عامل زایمان جهت انجام زایمان(پوشیدن گان، شستن دستها، پوشیدن صحیح دستکش و ...)** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **اداره مرحله دوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **رسیدگی به وضعیت نوزاد بلافاصله بعد از زایمان( باز بودن راه هوایی، کلمپ، معاینه فیزیکی، تزریق ویتامینKو..)** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **برقراری تماسپوستی مادرو نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **دفع صحیح وسایل آلوده و جمع آوری وسایل بعد از زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **استفاده از تکنیک های غیر دارویی در کاهش درد زایمان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **انجام زایمان فیزیولوژیک** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **اداره مرحله سوم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **کمک به خروج دستی جفت در صورت لزوم(کوراژ)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **اداره مرحله چهارم زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **آموزشهای کامل بعد از زایمان** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **ترخیص مادر با انجام معاینات لازم برای مادر و نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **مدیریت خونریزیهای غیر طبیعی بعد از زایمان** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **اداره زایمان زودرس** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **اداره PROM** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **اداره زایمان دیررس** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **اداره پره اکلامپسی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **اداره زایمان در بیماران با مشکلات طبی و جراحی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** | **اداره حاملگی های چندقلو** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31** | **اداره IUGR** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **32** | **اداره زایمان IUFD** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **33** | **اداره زایمان با دکولمان** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34** | **اداره حاملگی با پرویا** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **35** | **انجام زایمان غیر طبیعی (دیستوشی)** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **36** | **اداره دیسترس جنین** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **37** | **انجام مراقبت های مربوط به سقط، کورتاژ و سزارین** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **38** | **تفسیر نتایج BPP و انواع سونوگرافی** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **39** | **انجام بی حسی اپی زیوتومی** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **40** | **انجام برش اپی زیوتومی در صورت لزوم و ترمیم برش اپی و پارگیهای واژن** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **41** | **شرکت در کلاس های آمادرگی برای زایمان و تهیه پمفلت یا پوستر آموزشی** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه بیماریهای زنان و ناباروری**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................ مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** | **تاریخ****کیفیت­فعالیت****امضا مربی** |
| **1** | **آماده کردن بيمار و وسايل جهت گذاشتن اسپکلوم وخروج آن** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **گرفتن شرح حال** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **انجام معاینه فیزیکی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **انجام معاينه دودستي** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **تهیه اسمیر از سلول های سرویکس** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آموزش در مورد انجام پاپ اسمير به مددجود**  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **تفسير آزمون پاپ اسمير** | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **دیدن و تشخیص اسمیر مرطوب زیرمیکروسکوپ** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **انجام وتفسیر تست فرن** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **گرفتن کشت از ترشحات واژن** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **انجام معاينه پستان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آموزش خود آزمايی پستان به مددجو** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **مدیریت و پیگیری توده های پستانی** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **درخواست آزمایشات لازم و سونوگرافی در صورت لزوم** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **تفسير آزمونهاي پارا کلینیک در بيماريهاي زنان** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **تشخيص سرويسيت و واژينيت** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **نسخه نويسی جهت درمان بیماریهای زنان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **نحوه مدیرت بیماریهای زنان و نازایی(خونریزی ها، عفونتها، توده های لگنی و...)** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **راهنمايي و آموزش مدد جويان** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **مشاوره زنان (بیماریهای زنان، اختلات جنسی، نازایی و...)** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **انجام PCT و دیدن آن زیر میکروسکوپ** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **کمک به انجام هیستروسالپنگوگرافی، هیستروسکوپی، کولپوسکوپی، لاپاراسکوپی، کوتر، کرایو، کورتاژ و ...)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **تشخیص و اداره و درمان بیماران در بخش جراحی زنان** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **تهیه پمفلت و پوستر آموزشی و شرکت در مباحث نظری** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **تفسیر آزمایش آنالیز سیمن** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه بیماری های داخلی و جراحی در بارداری**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................ مکان کارآموزی...................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا مربی** |
| **1** | **تهیه شرح حال دقیق از بیمار** | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام معاینات فیزیکی و تشخیص موارد غیر طبیعی** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **درخواست آزمایشات لازم براساس نیاز** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **تفسیر آزمایشات پاراکلینیکی مهم در بارداری** | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **کسب اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیماران** | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **ارائه گزارش صحیح و دقیق از وضعیت بیمار به مربی** | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **شرکت در پرسش و پاسخ** | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **تشخیص، مشاهده، اداره و درمان اورژانس های داخلی و جراحی** | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تشخیص بیماری های شایع دستگاه های مختلف بدن** | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **مشاهده و بررسی درمان بیماری ها** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **انجام مراقبت های مربوط به هر بیماری** | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **ارائه آموزشهای مورد نیاز با تکیه بر اهمیت آنها در بارداری** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **انجام مراقبت های مربوط به هر جراحی** | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه نوزادان نیازمند مراقبت های ویژه**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا****مربی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **شستن دست** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **مراقبت های معمول بدو تولد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **مطالعه و تفسیر پرونده نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **تفسیر آزمایشات** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **آموزش به مادر در مورد مراقبت از نوزاد سالم** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **اقدامات مربوط به پذیرش و ترخیص نوزاد** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **انجام معاینه فیزیکی کامل** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **تشخیص و مراقبت نوزاد پر خطر (زردی، RDS) و انجام اقدامات متناسب با نیاز او(اکسیژن،ساکشن و....)** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **بررسی رفلکس های نوزاد** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **تخمین سن نوزاد براساس خصوصیات فیزیکی و عصبی عضلانی(جدول بالارد)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **انجام مراقبت های بهداشتی نوزاد (چشم، پوست و ...)** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **انجام تغذیه نوزاد(گاواژ، سینه، سرنگ)** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **توجه به ملاحظات اخلاقی هنگام ارائه خدمات** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **کار با انکوباتور و مراقبت از نوزاد در انکوباتور** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **توجه به دستورالعمل های پیگیری از عفونت** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **انجام فتوتراپی و مراقبت های پرستاری مربوطه** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **شستشوی معده و گذاشتن NGT** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **آماده کردن سرم و تنظیم قطرات** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **محاسبه دارویی و اجرای دستور پزشک** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **آموزش برای انجام KMC** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **مراقبت از نوزاد عفونی(HIV، هپاتیت)** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **کنترل علائم حیاتی** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **مراقبت از نوزاد نارس** | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **آشنایی با سیر احیای نوزاد و انجام احیا روی مولاژ** | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **آموزش به مادر) در مورد نحوه دارو دادن به نوزاد، مراقبت از بندناف، شیردهی، بهداشت، تغذیه، ختنه و...)** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **مهارت برقراری ارتباط با مادران و کاهش نگرانی آنها** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **مشاهده و کمک به تعویض خون** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **کار با دستگاه پالس اکسی متر و ونتیلاسیون** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **تهیه پمفلت و پوستر آموزشی** | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** | **شرکت در پرسش و پاسخ و مباحثه مربوطه** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی بهداشت باروری مادر و کودک و تنظیم خانواده**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................. مکان کارآموزی....................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی ........**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف |  | **شرح فعاليت** | **حداقل فعالیتها** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** | **تاریخ ،****کیفیت فعالیت، امضا** **مربی** |
| 1 | **عمومی** | آگاهی نسبت به دستورالعملهای کشوری(پاپ اسمیر،تغذیه،مدارس ،،جوانان.........) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | توانائی انجام کار با نرم افزار سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مشاوره پیش از ازدوج** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | آموزش و مشاوره مددجو (در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، بهداشت جنسی و بهداشت روان،تنظیم خانواده و خودآزمائی پستان) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | غربالگری اعتیاد، تالاسمی و بیماریهای مقاربتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **ثبت اقدامات انجام شده (سامانه ، دفتر آمار و کارت)** | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مشاوره قبل از بارداری** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | بررسی پرونده ، گرفتن شرح حال ، انجام معاینه فیزیکی و کنترل علائم حیاتی در صورت لزوم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر، اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آموزش و مشاوره مددجو (تغذیه ، بهداشت جنسی ، ژنتیک) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | غربالگری پاپ اسمیر، STD،دیابت،کم کاری تیروئید....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **بارداری** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **بارداری**  | آموزش و مشاوره مددجو بر حسب نیاز | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 | واکسیناسیون مادر باردار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | توجه به ناسازگاری خونی و تزریق آمپول روگام در موارد لازم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 | تطابق سن بارداری بر اساس L.M.P ، ارتفاع رحم و سونوگرافی و تشخیص طبیعی یا غیر طبیعی بودن آن | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | انجام ما نورهای لئوپولد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | سمع قلب جنین (گوشی مامایی و سونی کید) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | تعیین BMI و چارت جدول وزن گیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | بررسی شکایات شایع و انجام اقدامات لازم  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | آموزش ،درخواست و تفسیر تستهای غربالگری جنین | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | غربالگری **(**دبایت ،پاپ اسمیر، STD.....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مراقبت بعد از زایمان** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد غیر طبیعی (خونریزی،عفونت،مشکلات دادراری،اجابت مزاج،ترومبوفلبیت و مشکلات دهان و دندان) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | توجه به وضعیت روانی مادر (دلتنگی و افسردگی پس از زایمان ، همسر آزاری) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | انجام معاینات لازم (چشم ، دهان و دندان ، پستان، شکم، محل بخیه ها و اندامها) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | بررسی وضعیت پستان(احتقان،ماستیت،آبسه...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | آموزش و مشاوره (شیردهی ،تغذیه،مراقبتهای بهداشتی مادر و نوزاد، تنظیم خانواده ....) | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | غربالگری **(**پاپ اسمیر،دیابت ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **مراقبت از کودک** | ارتباط با مادر و کودک در تمام مراحل کار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ارزیابی وضعیت کودک با توجه به پرونده | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | پایش رشد کودک و تشخیص انحرافات (اندازه گیری وزن، قد، دور سر) | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | تشخیص کودکان نیازمند مراقبت ویژه،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **مراقبت از کودک** | رسم نمودار در پرونده و کارت و تفسیر منحنی برای مادر | 5/1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | بررسی وضعیت تکاملی ، انجام اقدامات لازم و آموزش به مادر | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | آموزش و مشاوره مددجو بر حسب نیاز(رشد وتکامل،تغذیه،شیردهی،مراقبتهای بهداشتی،واکسیناسیون .....) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **غربالگری** فنیل کتونوری ،هیپوتیروئیدی،PKU،شنوایی،بینایی،آنمی،چربی خون،....) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | تجویز مکملهای دارویی و آموزشهای لازم در هر مورد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | انجام مراقبت های ویژه مورد نیاز با توجه به وضعيت کودک | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | تعیین زمان مراجعه بعدی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | مشاهده تکنیک شیردهی (در صورت لزوم اصلاح آن) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | آموزش در مورد اهمیت تغذیه انحصاری، راههای حفظ و تداوم شیردهی و بررسی تغذیه مادر شیرده | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | آموزش و بررسی نحوه شروع تغذیه تکمیلی و مشکلات مربوط به آن | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | آموزش درمورد مشکلات تغذیه ای کودک وراهنمایی مادر در مراقبت نوزاد | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | بررسی نحوه وضعیت تغذیه (رژیم غذایی 24 ساعت)  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | بررسی فعالیت فیزیکی کودک | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | آموزش انتقال تغذیه شیرخوار به غذای خانواده و تجویز مکمل ها | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | آموزش در مورد ازشیر گرفتن شیرخوار | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | آموزش روش صحیح تغذیه مصنوعی (شیر خشک و...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | آموزش در مورد تغذیه تکمیلی، غذای خانواده و تجویز مکمل ها | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  آموزش به مادر در مورد بیماریها و حوادث تهدید کننده کودک متناسب با سن | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | تعیین تاریخ مراجعه بعدی برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | بررسی وجود مشکلات شایع(یبوست، نفخ، اسهال، دندان درآوردن، استفراغ، اختلال در کنترل ادرار و مدفوع،بیماریهای تنفسی، تب، برفک) آموزش و اقدامات لازم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **واکسیناسیون**  | بکارگیری زنجیره سرد: (محل قرار گرفتن، خواندن، ثبت درجه حرارت ،چیدن واکسن ها و وسایل داخل یخچال) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ارتباط با مادر و کودک و گرفتن شرح حال  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آماده کردن واکسن(کنترل کیفیت و تاریخ انقضاء ، رعایت نکات استریل،دوز،نحوه کشیدن و .... | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | بکار گیری شیوه صحیح تجویز و تزریق انواع واکسن | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | آموزش به مادر در مورد عوارض و مراقبت های لازم  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **تنظیم خانواده** | ارتباط با مراجع در تمام مراحل کار | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش و مشاوره در رابطه با روشهای تنظیم خانواده، علایم خطر و عوارض مرتبط با آنها) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | تجويز روشهای هورمونی (اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر،فراموشی ،مراجعه بعدی ... ) | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | تجويزروشهای سدی( اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر،فراموشی ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تجويز وسایل داخل رحمی (اندیکاسیون ،کنتراندیکاسیون ، نحوه استفاده،علائم خطر ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | روشهای طبیعی(، نحوه استفاده ،مراجعه بعدی ... ) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | جایگذاری IUD | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | خارج نمودنIUD  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | محاسبه شاخصهای بهداشتی بر اساس زیج حیاتی ثبت اقدامات انجام شده  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | ثبت اقدامات انجام شده و تعیین مراجعه بعدی و ارجاع در موارد لزوم | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | تجویز روش جراحی پیشگیری از بارداری (TL ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | بررسی رضایت مراجع از روش ، مناسب بودن و عوارض آن  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | بررسی اندیکاسیون تغییر روش پیشگیری از بارداری |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **میانسالی** | برقراری ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش سبک زندگی سالم ومشاوره مورد نياز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | غربالگری (سرطان پستان ،پاپ اسمیروهيپوتيروتيدی ، ديابت ، چربی خون ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | **سالمندی** | ارتباط مناسب با مددجو و خانواده وی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اخذ تاریخچه ،انجام معاینه فیزیکی و گرفتن علائم حیاتی | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آموزش سبک زندگی سالم ومشاوره مورد نياز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | آموزش سبک زندگی سالم | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | بررسی شکایات شایع (گرگرفتگی،آتروفی واژن،بیخوابی بی اختیاری ادرا ر، استئوپروز،معاینات لازم بر اساس دستورالعمل ها | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | درخواست و تفسیر آزمایشات و تستهای پاراکلینیک برحسب نیاز | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تشخیص موارد پرخطر،انجام اقدامات لازم و ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | غربالگری (سرطان پستان ،پاپ اسمیروهيپوتيروتيدی ، ديابت ، چربی خون ...) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | ثبت اقدامات انجام شده و تعیین مراجعه بعدی  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه رادیولوژی و سونوگرافی در مامایی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................... مکان کارآموزی...................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی .......................**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A: خوب : Bمتوسط C: ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **مشاهده و تفسیر عکس های رادیولوژی ساده از لگن** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **انجام مانیتورینگ با استفاده از دستگاه مربوطه** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **مشاهده بخش های مختلف دستگاه لیزر و نحوه انجام کار آن** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **مشاهده و تفسیر عکس های رادیولوژی با ماده حاجب از لگن و رحم** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **مشاهده بخش های مختلف دستگاه های سونوگرافی** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **مشاهده انواع دستگاه ها و روش های گرما ده و سرما ده برای برطرف کردن درد** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **تشخیص عکس رادیولوژی با کیفیت خوب و بد از هم** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **یافتن رحم، مثانه و تخمدان زن (حامله و غیر حامله) و نیز سر، سینه، شکم، اندام ها و . . . جنین و جفت در سونوگرافی** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **مشاهده انواع و بخش های دستگاه های TENS** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **مشاهده بخش های مختلف دستگاه های رادیولوژی** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **اندازه گیری قطر بی پاریتال، طول فمور، دور سر و دور شکم با استفاده از سونوگرافی** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **استفاده و بکارگیری دستگاه TENS حداقل یکبار بویژه برای برطرف کردن درد دیسمنور، درد زایمان و نیز در بی اختیاری ادراری** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **مشاهده بخش های مختلف و نحوه انجام رادیوتراپی** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **انجام و تفسیر عکس های سونوگرافیک رحم و لگن حامله و غیر حامله و نیز جنین و جفت** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **انجام سمع قلب جنین با سونیکید (داپلر)** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **مشاهده بخش های مختلف دستگاه مانیتورینگ** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **مشاهده بخشهای مختلف دستگاه الکتروکوتر و دستگاه های فیریز کننده (کرایو)** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **انجام نصب و تعویض گاغذ و آمده به کار کردن دستگاه مانیتورینگ** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **انجام یا مشاهده الکتروکوتر و فریز کردن دهانه رحم** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **شرکت در پرسش و پاسخ و مطالعه مباحث نظری** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم ثبت مهارتهای تمرين شده توسط دانشجو در کارآموزی در عرصه مدیریت و کاربرد آن در مامایی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو ................... مکان کارآموزی...................تاريخ از ............... تا .................. نام مربی .........................**

**کیفیت فعالیت دانشجو بر اساس اختصارات زیر در جدول درج گردد: A : خوب:B متوسط C : ضعیف**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **شرح فعاليت** | **حداقل فعاليتها** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** | **تاریخ،****کیفیت فعالیت،** **امضا مربی** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | **تهيه پروژه کتبی در مورد ساختار بخش يا درمانگاه مربوط به کارمامايی و ساختار فيزيکی به صورت رسم کروکی** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **تهيه ليست وسايل پزشکی ، غير پزشکی و اداری بخش** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **بررسی وضعيت بيماران بستری از لحاظ تشخيص های پزشکی، نيازهای مراقبتی، نيازهای آموزشی و نوشتن گزارشات و معاينات و آزمايشات** | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **پذيرش و ترخيص بيماران** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **آموزش به بيمار و اجرای فرآيندهای مراقبتی و درمانی** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **ترتيب برگه های پرونده و چک دستورات پزشک** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **درخواست آزمايشات و ورود اطلاعات به کامپيوتر** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **تکميل کاردکس و تهيه ليست وسايل و تجهيزات موجود در ترالی کد بخش و داروهای موجود ان** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **تهيه ليست روشهای تشخيصی بخش (آزمايشات)، چگونگی انجام آنها و آمادگيهای لازم برای بيماران (جهت انجام آنها)** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **تهيه ليست داروهای مصرفی رايج در بخش و نکات مراقبتی و تجويزی آنها** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **تهيه ليست اسامی پرسنل****پرستاری و مامايی و ديگرپرسنل و تعداد هر کدام در هر شیفت**  | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آگاهی از سيستمهای حفاظتی و امنيتی بخش و کنترل ان ارائه گزارش کتبی فوق و رفع اشکالات آن** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **تقسيم کار روزانه نيروی انسانی و دانشجويان پرستاری و مامايی با توجه به اصول آن** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **ثبت کلیه گزارشات مربوط به بیماران با توجه به اصول صحیح گزارش نویسی** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **شرکت فعال در ویزیت پزشکان و سایراعضای تیم بهداشتی** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **کنترل و نظارت بر انجام اموربخش ازطریق راندهای مکرر هدفمند در بخش و کسب اگاهی در مورد فعالیت های سایر اعضای تیم پزشکی** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **تهیه پمفلت و پوستر اموزشی** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **اجرای فرایند مشکل گشایی|(بر اسای بهترین راه حل منتخب)** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **ترتيب برگه های پرونده و چک دستورات پزشک** | **5** |  |  |  |  |  |  |  |