

### العناية أثناء التسجيل للولادة

اسم العيادة: .....  
 اسم المشرف: .....  
 التاريخ: / /  
 اسم مزود الخدمة: .....

| رقم 3 | البنود التالية تمثل المعايير الموجودة في البرتوكولات أو الإرشادات الخاصة بالعناية أثناء التسجيل للولادة.   | الملاحظات  |
|-------|--|--|
| 1.    | السيدة تلقى ترحيباً.   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 2.    | تسجيل تاريخ الولادة الحالية: هو اتخاذ (عمر/ زمن الحمل، سبب الحضور، حركة الجنين مدة وشدة ألم المخاض، خروج أية سوائل عن طريق المهبل، أو أي إحداث أو مضاعفات خلال دورة هذا الحمل، توافر أي ملاحظات إحالة).              | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 3.    | تاريخ الولادة السابق: (عدد مرات الحمل، عدد الولادات، مدة الحمل السابق، طريقة الولادات السابقة، وزن الولادة في الولادات السابقة، أية مضاعفات أثناء الحمل أو الولادة السابقة).   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 4.    | تسجيل التاريخ: ( التاريخ الطبي والعائلي بالكامل).  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 5.    | قياس المؤشرات الحيوية: (ضغط الدم، النبض والحرارة).   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 6.    | إجراءات الفحص البدني العام: متضمناً قياس الطول وفحص (الصدر والقلب، البطن والأطراف السفلية للدوالي والتورم).  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 7.    | فحص قلب الجنين: على الأقل لمدة خمس دقائق.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 8.    | فحص نسائي للبطن: قياس ارتفاع الرحم، وضعية الجنين، الاتجاه، الجزء البارز من الجنين ومستوى نزوله في الرحم (إذا أمكن).  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 9.    | فحص الحوض: يتم فحص الحوض بشكل جيد باستخدام (lubricant) لتحديد التوسع، والطول والوضع وتناسق عنق الرحم. وحالة الأغشية الأمينونية سواء كاملة أو متمزقة ولون السائل إذا أمكن، والجزء الظاهر المتقدم وأي تغير في الجمجمة. | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 10.   | التاريخ مفصل، وكل نتائج التقييمات وخطة الرعاية موثقة، وبشكل مناسب وصحيح مع التوقيع.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 11.   | التحاليل المخبرية: تم عمل تحليل فصيلة الدم وعامل ريسوس، تحليل دم كامل وتحليل بول.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 12.   | تم الطلب من السيدة الاستحمام، وتم إعطاؤها رداءً نظيفاً لترتيبه.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 13.   | إذا كان عنق الرحم متوسع 4 سم أو أكثر فيتم تسجيل النتائج في سجل سير عملية الولادة.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 14.   | من خلال التقييم، الخصوصية البصرية والسمعية تم توفيرها، قبل إجراء أي فحص/إجراء، وتم شرح سبب وكيفية هذا الفحص/الإجراء للسيدة وتم طلب الإذن منها.   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| 15.   | السيدة والمرافقون المصاحبون لها مطلعون تماماً على نتائج الفحص وخطة التعامل مع السيدة.  | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |

\*الرجاء توثيق الملاحظات الرئيسية على الممارسات العملية في التقرير الإشرافي مع الشرح بالتفصيل والتحليل إذا لزم الأمر، وتقديم الاقتراحات والحلول والخطوات المستقبلية كلما أمكن.