

### المرحلة الأولى بعد الولادة

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

رقم	البنود التالية تمثل المعايير الموجودة في البرتوكولات أو الإرشادات الخاصة بالرعاية ما بعد الولادة والخروج من المستشفى	الملاحظات
1.	فحص وتسجيل العلامات الحيوية كل ساعتين.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
2.	السيطرة على ألم السيدة بالتدريج ويفضل من غير أدوية.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
3.	المحافظة على السيدة نظيفة وجافة.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
4.	فحص الولادة (البطن والمهبل) يتم دورياً كل يفضل كل أربع ساعات في مرحلة الكمون وكل ساعتين في المرحلة النشطة أو كل ما دعت الحاجة لذلك.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
5.	تقديم الدعم النفسي للسيدة باستمرار.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
6.	تشجيع السيدة ومساعدتها على المشي وتغيير الوضع بشكل ثابت.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
7.	يطلب من السيدة عدم الدفع وتعليمها كيفية التنفس والراحة.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
8.	فحص قلب الجنين والتحقق بشكل متقطع كل 15 دقيقة لمدة 5 دقائق على الأقل.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
9.	تقديم وجبات خفيفة أو (كأس من السوائل كل ساعة) للسيدة.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
10.	تشجيع السيدة على تفريغ المثانة بانتظام (كل 2 ساعة)	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
11.	كل نتائج التقييمات وخطة الرعاية موثقة في سجل سير الولادة، وبشكل مناسب وصحيح مع التوقيع.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
12.	الخصوصية البصرية والسمعية تم توفيرها، قبل إجراء أي فحص/إجراء، وتم شرح سبب وكيفية هذا الفحص/الإجراء للسيدة وطلب الإذن منها.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
13.	السيدة والمرافقون المصابون لها على اطلاع كامل ويتم طمأننتهم على سير عملية الولادة.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق
14.	تم شرح المرحلة الثانية والثالثة من الولادة للسيدة كما تم شرح تقنيات التنفس الفعال والدفع مع تمثيل كيفية أداءها.	نعم [ ] لا [ ] لا ينطبق

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