

پیوست ۵. فرم اطلاعات خونگیری

توجه

این فرم باید توسط پرسنل خونگیر تکمیل و امضاء گردد.

نام و نام خانوادگی مادر: ساعت زایمان: تاریخ زایمان:
ساعت ورود کارشناس به بیمارستان: ساعت خروج کارشناس از بیمارستان: نام بیمارستان:
ساعت ورود کارشناس به اتاق عمل/زایمان: ساعت خروج کارشناس از اتاق عمل/ زایمان:

نام و نام خانوادگی پزشک:

- ۱- نوع زایمان سزارین طبیعی
۲- جنسیت نوزاد پسر دختر
۳- نحوه انجام خونگیری داخل رحمی خارج رحمی
۴- آیا حین زایمان مشکل خاصی بوجود آمده است، توضیح دهید؟

الف) هر نوع مشکل زمینه ای در رحم مثل میومها و کیستها که باعث خونریزی رحم شود را مشخص نمایید.

ب) آیا مادر در طول دوره بارداری تزریق هپارین داشته است؟ بلی خیر
طی چه مدت؟

ج) آیا زمان بیهوشی و تولد نوزاد به طول انجامیده است؟

د) آیا جهت خروج جفت بندناف کشیده شده است؟

ه) آیا خونگیری از بندناف با تاخیر صورت گرفته است؟ (۱۵-۱۰ دقیقه بعد از زایمان)
 خیر بلی

علت را ذکر نمایید؟

۵- خونگیری طی چندبار Punch کردن بندناف صورت گرفته است؟

۶- وضعیت جفت چگونه بوده است؟ سالم پاره شده است

۷- آیا به هنگام خونگیری جفت را فشار داده اید؟ بلی خیر

۸- آیا از شیکر استفاده کرده اید؟ بلی خیر

۹- وضعیت سلامت نوزاد پس از تولد چگونه بوده است؟ سالم ناسالم

توضیحات:

۱۰- آیا نمونه خون مادر جمع آوری شده است؟ بله تعداد خیر

11- خونگیری توسط چه کسی صورت گرفته است؟

پزشک متخصص پرسنل اتاق عمل کارشناس بانک خون بند ناف

نام و نام خانوادگی کارشناس خونگیر

مهر و امضاء

منبع: