



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرز
معاونت آموزش

دفترچه تکمیل آمار دانشجویان مامایی

نام و نام خانوادگی:

تهیه و تنظیم گروه مامایی

سال: ۱۳۹۲

پرزنت مرتضی وارز شیبانی مامایی

۱۳۹۲

- ۱-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی اصول و فنون مامایی.....۳
- ۲-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی نشانه شناسی.....۵
- ۳-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بارداری طبیعی.....۶
- ۴-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی نوزادان.....۹
- ۵-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بیماریهای کودکان.....۱۲
- ۶-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بیماریهای داخلی و جراحی.....۱۲
- ۷-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی زایمان طبیعی.....۱۳
- ۸-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی زایمان طبیعی و غیر طبیعی.....۲۱
- ۹-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بیماریهای زنان.....۲۸
- ۱۰-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بهداشت.....۳۹
- ۱۱-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه زایمان طبیعی و غیر طبیعی... ۴۶
- ۱۲-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بارداری طبیعی و غیر طبیعی..۶۲
- ۱۳-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بیماریهای زنان.....۷۳
- ۱۴-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بهداشت.....۸۴
- ۱۵-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه نوزادان.....۹۱
- ۱۶-فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بیماریهای داخلی و جراحی.....۹۳

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی اصول و فنون مامایی و روش کار در اتاق عمل وزایمان

۱- فرم امار انجام پانسمان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	محل جراحت و پانسمان	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

۲- فرم امار انجام تزریق عضلانی

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

۳- فرم امار تزریق وریدی

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

۴- فرم امار تزریق زیر جلدی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام دارو	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				

۵- فرم امار گذاردن کاتتر و وصل سرم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

۶- فرم امار تست داخل جلدی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام تست	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				

۷- فرم امار مشاهده سزارین

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	جنس نوزاد	اپگار	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی نشانه شناسی و معاینات فیزیکی

ردیف	نام فعالیت	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	بیمار ششم	بیمار هفتم	بیمار هشتم	تاریخ و امضاء مربی
۱	طرز برخورد									
۲	گرفتن شرح حال									
۳	شرح وضعیت عمومی									
۴	تعیین BMI									
۵	گرفتن VS									
۶	بررسی پوست									
۷	بررسی غدد لنفاوی									
۸	بررسی سر و گردن									
۹	بررسی گوش									
۱۰	بررسی حلق و بینی									
۱۱	بررسی چشم									
۱۲	بررسی ریه									
۱۳	بررسی پستان									
۱۴	بررسی قلب									
۱۵	بررسی شکم									
۱۶	بررسی اندام ها و ستون فقرات									
۱۷	بررسی اعصاب و روان									
۱۸	تهیه گزارش نهایی									

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بارداری طبیعی

۱- فرم امارگرفتن شرح حال فیزیکی در خانم باردار طبیعی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۲- فرم امار گرفتن شرح حال فیزیکی در خانم باردار غیر طبیعی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

۳- فرم امار معاینات کامل فیزیکی

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

۴- فرم امار آموزش های مختلف دوران بارداری

ردیف	نوع آموزش	نام و نام خانوادگی بیمار	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	تست حرکت جنین					
۲						
۳						

۵- فرم امار تجویز دارو های لازم و مجاز حین بارداری

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۶- فرم امار درخواست U/A,U/C در بارداری

ردیف	نوع آزمایش	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	U/A					
۲	U/C					

۷- فرم امار درخواست سونوگرافی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۸- فرم امار مشاهده NST

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۹- فرم امار انجام ROLL OVER TEST

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				

۱۰- فرم امار تفسیر جواب های آزمایش مراجعین

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۹					
۲۰					

۱۱- فرم امار تفسیر سونوگرافی و آزمایش تفسیر جنین

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					

۱۲- فرم امار بررسی از نظر ادم اندام تحتانی و واریس

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی نوزادان

۱- فرم امار ماینه فیزیکی نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				

۲- فرم امار آموزش شیردهی از پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

۳- فرم امار گذاشتن کاتتر معده برای نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت گذاشتن کاتتر	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	شستشوی معده				
۲	گاواژ				
۳	لاواژ				

۴- فرم امار اندازه گیری وزن نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				

۵- فرم امار مراقبت از نوزاد

ردیف	وضعیت نوزاد	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	نوزاد سالم				
۲	نوزاد سالم				
۳	نوزاد سالم				
۴	نوزاد نارس				
۵	نوزاد نارس				
۶	نوزاد در انکوباتور				
۷	نوزاد در انکوباتور				
۸	نوزاد در انکوباتور				
۹	نوزاد پرخطر (زردی)				
۱۰	نوزاد پرخطر (RDS)				

۶- فرم امار محاسبه ی دارویی و اجرای تجویز پزشک

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع دارو یا سرم	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	وصل سرم				
۲					
۳					
۴					

۷- فرم امار اندازه گیری انتروپومتريک نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

۸- فرم امار آموزش به مادر در مورد نحوه ی دادن دارو به نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نوع دارو	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۹- فرم امار معاینه ترخیص نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				

۱۰- فرم امار آموزش به مادر در مورد واکسیناسیون، تغذیه و...

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

فرم امار آشنایی با وسایل احیای نوزاد، انکوباتور، فتوترایی

ایا دانشجو طرز کار با وسایل احیای نوزاد را اموخته : بلی خیر
 ایا دانشجو طرز استفاده از دستگاه انکوباتور را اموخته: بلی خیر
 ایا دانشجو طرز استفاده از دستگاه فتوترایی را اموخته : بلی خیر

تاریخ و امضاء مربی

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بیماریهای کودکان

۱- فرم امار مشاهده، معاینه، تشخیص علائم بیماریهای عفونی و غیر عفونی

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	تشخیص بیماری	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					

فهرست فعالیتهای مربوط کارآموزی بیماریهای داخلی و جراحی

۱- تشخیص بیماریهای شایع دستگاههای مختلف بدن در بارداری (شامل تفسیر آزمایشات ، مشاهده و بررسی درمان)

ردیف	نوع بیماری	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی زایمان طبیعی

۱- فرم امار گرفتن شرح حال و معاینات فیزیکی ، لنوپولد و علایم حیاتی

ردیف	نام و نام خانوادگی	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				

۲- فرم امار کنترل FHR

محل کار آموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					
۸۱					
۸۲					
۸۳					
۸۴					
۸۵					
۸۶					
۸۷					
۸۸					
۸۹					
۹۰					
۹۱					
۹۲					
۹۳					
۹۴					
۹۵					
۹۶					
۹۷					
۹۸					
۹۹					
۱۰۰					

۳- فرم امار انجام توشه و اژینال

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۴- فرم امار انجام معاینه لازم و تصمیم در بستری کردن زانو در لیبر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	علت بستری کردن	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						

۵- فرم امار آماده کردن زانو جهت استقرار در لیبر (شامل گرفتن رگ و وصل سرم ، خونگیری و ..)

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۶- فرم امار کنترل لیبر

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰
					۲۱
					۲۲
					۲۳
					۲۴

۷- فرم امار انجام امیوتومی با رعایت تمامی شرایط لازم

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱

۸- فرم امار تشخیص زمان زایمان و انتقال به موقع به اتاق زایمان

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸

۹- فرم امار پوشیدن صحیح گان، دستکش و استفاده صحیح از وسایل با رعایت شرایط استریل

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۰- فرم امار شستشوی صحیح پرینه

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۱- فرم امار انجام بیحسی اپی زیوتومی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۱۲- فرم امار مشاهده زایمان طبیعی

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

۱۳- فرم امار کمک به انجام زایمان طبیعی

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

۱۴- فرم امار رسیدگی به نوزاد بلافاصله بعد زایمان

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	شماره پرونده	جنس نوزاد	اپکار نوزاد	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

۱۵- فرم امار کلامپ بند ناف و معاینه فیزیکی نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	شماره پرونده	جنس نوزاد	اپکار نوزاد	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

۱۶- فرم امار کمک به ترمیم اپی زیوتومی یا پارگی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱					

۱۷- فرم امار انجام صحیح زایمان جفت و معاینه کامل ان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۸- فرم امار دفع صحیح وسایل مصرفی الوده

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱					
۲					
۳					
۴					

۱۹- فرم امار برقراری برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد پس از زایمان

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

۲۰- فرم امار برقراری وسایل راحتی زانو و انجام کنترل های مرحله چهارم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۱- فرم امار دادن آموزشهای کامل بعد از زایمان قبل از انتقال به بخش

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۲- فرم امار ترخیص مادر با انجام معاینات لازم دادن آموزشهای حین ترخیص در مورد مادر و نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی زایمان طبیعی و غیر طبیعی

۱- فرم امار گرفتن شرح حال، معاینات فیزیکی و لئوپولد و گرفتن علائم حیاتی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۲- فرم امار کنترل FHR

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۷۳
					۷۴
					۷۵
					۷۶
					۷۷
					۷۸
					۷۹
					۸۰
					۸۱
					۸۲
					۸۳
					۸۴
					۸۵
					۸۶
					۸۷
					۸۸
					۸۹
					۹۰
					۹۱
					۹۲
					۹۳
					۹۴
					۹۵
					۹۶
					۹۷
					۹۸
					۹۹
					۱۰۰

۳- فرم امار توشه و اژینال

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸

۴- فرم امار معاینات لازم و تصمیم در بستری کردن زائو در لیبر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۵- فرم امار آماده کردن زائو بستری شده برای استقرار در اتاق لیبر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۶- فرم امار اداره و کنترل لیبر بطور کامل

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					

۷- فرم امار انجام امنیوتومی با رعایت تمامی شرایط لازم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۸- فرم امار تشخیص زمان زایمان و انتقال به موقع زائو به اتاق زایمان

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

۹- فرم امار پوشیدن صحیح گان و دستکش و استفاده صحیح از وسایل با رعایت شرایط استریل

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۰- فرم امار انجام صحیح شستشوی پرینه

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۱- فرم امار انجام صحیح بیحسی اپی زیوتومی و بیحسی پودندال

ردیف	نوع بیحسی	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	پزشک معالج
۱	اپی زیوتومی				
۲	اپی زیوتومی				
۳	اپی زیوتومی				
۴	اپی زیوتومی				
۵	پودندال				

۱۲- فرم امار مشاهده اداره لیبر

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

۱۳- فرم امار کمک به انجام زایمان طبیعی

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

۱۴- فرم امار رسیدگی به وضعیت نوزاد بلافاصله بعد از زایمان

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	شماره پرونده	جنس نوزاد	اپکار نوزاد	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

۱۵- فرم امار کلامپ بند ناف و معاینه فیزیکی نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	شماره پرونده	جنس نوزاد	اپکار نوزاد	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

۱۶- فرم امار ترمیم اپی زیوتومی یا پارگی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۱۷- فرم امار انجام صحیح زایمان جفت و معاینه کامل ان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۱۸- فرم امار خروج دستی جفت و بررسی داخل رحم در مرحله چهارم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۱۹- فرم امار دفع صحیح وسایل مصرفی الولده

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۰- فرم امار برقراری برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد پس از زایمان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۱- فرم امار برقراری وسایل راحتی زانو و انجام کنترل های مرحله چهارم

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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۲- فرم امار دادن آموزشهای کامل بعد از زایمان قبل از انتقال به بخش

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۲۳- فرم امار ترخیص مادر با انجام معاینات لازم دادن آموزشهای حین ترخیص در مورد مادر و نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بیماریهای زنان

۱- فرم امار گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی

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

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

۲- فرم امار مشاهده معاینات دستگاه تناسلی

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲

۳- فرم امار انجام معاینات دستگاه تناسلی (معاینه داخلی و خارجی)

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۴- فرم امار مشامده معاینه پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۵- فرم امار آموزش معاینه پستان به بیمار

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۶- فرم امار انجام معاینه پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۷- فرم امار گذاردن اسپکولوم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۸- فرم امار مشاهده پاپ اسمیر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۹- فرم امار انجام پاپ اسمیر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					

۱۰- فرم امار خواندن و تفسیر نتیجه پاپ اسمیر

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

۱۱- فرم امار درخواست آزمایشات لازم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۱۲- فرم امار خواندن و تفسیر جواب آزمایشات

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۱۳- فرم امار تشخیص سرویسیت و واژینیت

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					

۱۴- فرم امارتجویز درمان و نوشتن نسخه

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۱۵- فرم امار دادن آموزش در مورد سرویسیت و واژینیت و انجام مشاوره

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					
۲۶					
۲۷					

۱۶- فرم امار مشاهده اعمال جراحی زنان در اتاق عمل زنان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۱۷- فرم امار مشاهده و پیگیری case نازایی در درمانگاه نازایی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۱۸- فرم امار مشاهده case های غیر از سرویسیت و واژینیت

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
۲۳						
۲۴						
۲۵						

۱۹- فرم امار گرفتن شرح حال و انجام معاینات و تجویزات و درخواست آزمایشات به غیر از سرویسیت و واژینیت

ردیف	تشخیص	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	بیماریهای مقاربتی					
۲	UTI					
۳	بی اختیاری ادراری					
۴	PID					
۵	مول					
۶	کانسرها					
۷	کیست تخمدان					
۸	میوم					
۹	دیسمنوره					
۱۰	امنوره					
۱۱	ناباروری					
۱۲	...					
۱۳	...					
۱۴	...					
۱۵	...					
۱۶	...					
۱۷	...					
۱۸	...					
۱۹	...					
۲۰	...					
۲۱	...					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	تشخیص	ردیف
					...	۲۲
					...	۲۳
					...	۲۴
					...	۲۵

۲۰- فرم امار انجام و تفسیر تست نیتراژین

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	علت انجام تست	نتیجه تست	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
							۱
							۲

۲۱- فرم امار دادن آموزش به بیمار در مورد case های مختلف

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نوع آموزش	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
						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

۲۲- فرم امار اشنایی باتشخیص اداره و درمان بیمارانی که در بخش جراحی زنان بستری اند.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی بهداشت باروری مادر و کودک و تنظیم خانواده

بخش تنظیم خانواده :

۱- فرم امارتشکیل پرونده برای مراجعه کنندگان جدید

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

۲- فرم امار انجام پاپ اسمیر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۳- فرم امار خواندن جواب پاپ اسمیر و تفسیر آن

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۴- فرم امار مشاهده و انجام مشاوره تنظیم خانواده

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت مشاوره	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	مشاهده					
۲	انجام					

۵- فرم امار ارائه روش مناسب تنظیم خانواده به مددجویان

ردیف	روش پیشگیری	نام و نام خانوادگی بیمار	علت پیشنهاد روش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	قرص خوراکی						
۲	قرص خوراکی						
۳	قرص خوراکی						
۴	قرص خوراکی						
۵	قرص خوراکی						
۶	کاندوم						
۷	کاندوم						
۸	کاندوم						
۹	کاندوم						
۱۰	کاندوم						
۱۱	امپول						
۱۲	امپول						
۱۳	امپول						
۱۴	امپول						
۱۵	امپول						
۱۶	IUD						
۱۷	IUD						
۱۸	IUD						
۱۹	IUD						
۲۰	IUD						

۶- فرم امار گذاردن IUD و خارج کردن آن

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	گذاردن IUD				
۲	گذاردن IUD				
۳	گذاردن IUD				
	گذاردن IUD				
	گذاردن IUD				
	خارج کردن IUD				

بخش واکسیناسیون :

۷- فرم امار تزریق واکسن برای کودکان

ردیف	نام واکسن	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	نحوه ی تزریق واکسن	تاریخ و امضاءمربی	محل کارآموزی
۱	هیپاتیت ب					
۲	هیپاتیت ب					
۳	هیپاتیت ب					
۴	فلج اطفال					
۵	فلج اطفال					
۶	فلج اطفال					
۷	MMR					
۸	MMR					
۹	MMR					
۱۰	...					
۱۱	...					
۱۲	...					
۱۳	...					
۱۴	...					
۱۵	...					
۱۶	...					
۱۷	...					
۱۸	...					

۸- فرم امار تجویز و تزریق واکسن کزاز برای مادر باردار

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	سن بارداری	سن مادر	پژک معالج	تاریخ و امضاءمربی	محل کارآموزی
۱							
۲							

۹- فرم امار برنامه ریزی واکسیناسیون برای کودکانی که واکسیناسیون را به موقع انتخاب کرده و یا به موقع انتخاب نکرده اند

ردیف	نام واکسن	نام و نام خانوادگی مادر	سن کودک	مدت تاخیر واکسیناسیون	تاریخ و امضاءمربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						

بخش مراقبت از کودکان ۵ سال :

۱۰- فرم امار تشکیل پرونده برای کودکان زیر ۵ سال

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	تاریخ و امضاءمربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				

۱۱- فرم امار توزین وزن و اندازه گیری قد و دور سر کودکان

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	وزن کودک	قد کودک	دور سر کودک	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

۱۲- فرم امار ترسیم منحنی رشد در کارت مخصوص

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	وضعیت رشد	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۱۳- فرم امار برنامه ریزی برای فواصل مراجعه برای پایش رشد کودک

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	زمان مراجعه ی بعدی	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۱۴- فرم امار تشخیص انحرافات از رشد مناسب و پیگیری علت آن و ...

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	علت انحراف از رشد	توصیه های لازم	ارجاع به پزشک	مدت پیگیری	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱								
۲								

۱۵- فرم امار آموزش شیردهی صحیح از پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱					
۲					
۳					

۱۶- فرم امار آموزش تغذیه ی تکمیلی تا یکسالگی و دو سالگی

ردیف	نام و نام خانوادگی مادر	سن نوزاد (به ماه)	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱	تا یکسالگی			
۲	تا یکسالگی			
۳	تا دو سالگی			
۴	تا دو سالگی			
۵	بالای دو سال			
۶	بالای دو سال			

۱۷- فرم امار آموزش تغذیه با شیر کمکی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱					

۱۸- فرم امار تشخیص ،انجام برنامه مراقبتی و آموزش در مورد کودکان بیمار

ردیف	نوع بیماری	سن نوزاد	نوع آموزش	مدت پیگیری	پزشک معالج	ارجاع	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
۱	اسهال							
۲	تنفسی							
۳	برفک							
۴	افت قند خون							
۵	تب							

بخش مراقبت از مادر:

۱۹- فرم امار تشکیل پرونده برای مراجعه کنندگان جدید

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۲۰- فرم امار اندازه گیری قد ، وزن ، و فشار خون

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

۲۱- فرم امار انجام معاینات فیزیکی و لنیولد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

۲۲- فرم امار کنترل FHR و علائم حیاتی مادر

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

۲۳- فرم امار درخواست انجام آزمایشات روتین بارداری

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آزمایشات	سن حاملگی	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

۲۴- فرم امار آموزش به مادر باردار در مورد مراقبت از خود

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

۲۵- فرم امار راهنمایی در مورد انجام واکسیناسیون کزاز

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	سن حاملگی	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						

۲۶- فرم امار معاینه پستان و بررسی ان جهت آمادگی برای شیردهی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۲۷- فرم امار غربالگری مادران پرخطر و ارجاع به پزشک متخصص یا بیمارستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	علت ارجاع	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						

۲۸- فرم امار درخواست سونوگرافی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۲۹- فرم امار برنامه ریزی برای فواصل مراجعه

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

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه زایمان طبیعی و غیر طبیعی

۱- فرم امار گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی و لنوپولد و گرفتن علائم حیاتی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۴۶
					۴۷
					۴۸
					۴۹
					۵۰

۲- فرم امار کنترل FHR

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					
۸۱					
۸۲					
۸۳					
۸۴					
۸۵					
۸۶					
۸۷					
۸۸					
۸۹					
۹۰					
۹۱					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۹۲					
۹۳					
۹۴					
۹۵					
۹۶					
۹۷					
۹۸					
۹۹					
۱۰۰					
۱۰۲					
۱۰۳					
۱۰۴					
۱۰۵					
۱۰۶					
۱۰۷					
۱۰۸					
۱۰۹					
۱۱۰					
۱۱۱					
۱۱۲					
۱۱۳					
۱۱۴					
۱۱۵					
۱۱۴					
۱۱۵					
۱۱۶					
۱۱۷					
۱۱۸					
۱۱۹					
۱۲۰					
۱۲۱					
۱۲۲					
۱۲۳					
۱۲۴					
۱۲۵					
۱۲۶					
۱۲۷					
۱۲۸					
۱۲۹					
۱۳۰					
۱۳۱					
۱۳۲					
۱۳۳					
۱۳۴					
۱۳۵					
۱۳۶					
۱۳۷					
۱۳۸					
۱۳۹					
۱۴۰					
۱۴۱					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۴۲					
۱۴۳					
۱۴۴					
۱۴۵					
۱۴۶					
۱۴۷					
۱۴۸					
۱۴۹					
۱۵۰					
۱۵۱					
۱۵۲					
۱۵۳					
۱۵۴					
۱۵۵					
۱۵۶					
۱۵۷					
۱۵۸					
۱۵۹					
۱۶۰					
۱۶۱					
۱۶۲					
۱۶۳					
۱۶۴					
۱۶۵					
۱۶۶					
۱۶۷					
۱۶۸					
۱۶۹					
۱۷۰					
۱۷۱					
۱۷۲					
۱۷۳					
۱۷۴					
۱۷۵					
۱۷۶					
۱۷۷					
۱۷۸					
۱۷۹					
۱۸۰					
۱۸۱					
۱۸۲					
۱۸۳					
۱۸۴					
۱۸۵					
۱۸۶					
۱۸۷					
۱۸۸					
۱۸۹					
۱۹۰					
۱۹۱					
۱۹۲					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۹۳					
۱۹۴					
۱۹۵					
۱۹۶					
۱۹۷					
۱۹۸					
۱۹۹					
۲۰۰					
۲۰۱					
۲۰۲					
۲۰۳					
۲۰۴					
۲۰۵					
۲۰۶					
۲۰۷					
۲۰۸					
۲۰۹					
۲۱۰					
۲۱۱					
۲۱۲					
۲۱۳					
۲۱۴					
۲۱۵					
۲۱۶					
۲۱۷					
۲۱۸					
۲۱۹					
۲۲۰					
۲۲۱					
۲۲۲					
۲۲۳					
۲۲۴					
۲۲۵					
۲۲۶					
۲۲۷					
۲۲۸					
۲۲۹					
۲۳۰					
۲۳۱					
۲۳۲					
۲۳۳					
۲۳۴					
۲۳۵					
۲۳۶					
۲۳۷					
۲۳۸					
۲۳۹					
۲۴۰					
۲۴۱					
۲۴۲					
۲۴۳					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۲۴۴					
۲۴۵					
۲۴۶					
۲۴۷					
۲۴۸					
۲۴۹					
۲۵۰					

۳- فرم امار انجام توشه واژینال

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۳۸
					۳۹
					۴۰
					۴۱
					۴۲
					۴۳
					۴۴
					۴۵
					۴۶
					۴۷
					۴۸
					۴۹
					۵۰

۴- فرم امار معاینه لازم و تصمیم در بستری کردن زانو در لیبر

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶

۵- فرم امار آماده کردن زانوی بستری شده برای استقرار در اتاق لیبر

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					
۲۶					
۲۷					
۲۸					
۲۹					
۳۰					

۶- فرم امار اداره و کنترل لیبر به طور کامل

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۳۶
					۳۷
					۳۸
					۳۹
					۴۰
					۴۱
					۴۲
					۴۳
					۴۴
					۴۵
					۴۶
					۴۷
					۴۸
					۴۹
					۵۰

۷- فرم امار انجام امنیوتومی با رعایت تمامی شرایط لازم

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

۸- فرم امار تشخیص زمان زایمان و انتقال به موقع زائو به اتاق زایمان

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰

۹- فرم امار پوشیدن صحیح گان و دستکش و استفاده صحیح از وسایل با رعایت شرایط استریل

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۱۰- فرم امار شستشوی صحیح پرینه

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۱۱- فرم امار انجام صحیح بیحسی اپی زیوتومی پودندال و کمک به بیحسی اپیدورال

ردیف	نوع بیحسی	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	اپی زیوتومی					
۲	اپی زیوتومی					
۳	اپی زیوتومی					
۴	اپی زیوتومی					
	اپی زیوتومی					
۶	اپی زیوتومی					
۷	اپی زیوتومی					
۸	اپی زیوتومی					
۹	اپی زیوتومی					
۱۰	اپی زیوتومی					
۱۱	اپی زیوتومی					
۱۲	پودندال					
۱۳	اپیدورال					

۱۲- فرم امار تشخیص نیاز و انجام اپی زیوتومی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱۹
					۲۰
					۲۱
					۲۲
					۲۳
					۲۴
					۲۵
					۲۶
					۲۷
					۲۸

۱۳- فرم امار رسیدگی به وضعیت نوزاد بلافاصله بعد زایمان

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	اپکار نوزاد	جنس نوزاد	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰

۱۴- فرم امار کلامپ بندناف و معاینه فیزیکی نوزاد

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	اپکار نوزاد	جنس نوزاد	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	جنس نوزاد	اپکار نوزاد	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						

۱۵- فرم امار صحیح زایمان جفت و معاینه کامل ان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					

۱۶- فرم امار خروج دستی جفت و بررسی داخل رحم در مرحله چهارم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۱۷- فرم امار دفع صحیح وسایل مصرفی الوده پس از زایمان

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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۱۸- فرم امار برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد پس از زایمان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۱۹- فرم امار برقراری وسایل راحتی زانو و انجام کنترل های مرحله چهارم

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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۲۰- فرم امار دادن آموزش های کامل بعد از زایمان قبل از انتقال به بخش

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۲۱- فرم امار ترخیص مادر با انجام معاینات و دادن آموزش های لازم حین ترخیص

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بارداری طبیعی و غیرطبیعی

۱- فرم امار گرفتن شرح حال

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

۲- فرم امار گرفتن شرح حال در خانم های باردار مبتلا به بیماریهای داخلی جراحی

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع بیماری	ردیف
					قلبی	۱
					قلبی	۲
					قلبی	۳
					دیابت	۴
					دیابت	۵
					دیابت	۶
					پره اکلامپسی	۷
					"اکلامپسی	۸
					پره اکلامپسی	۹
					UTI	۱۰
					UTI	۱۱
					UTI	۱۲
					انمی	۱۳
					انمی	۱۴
					انمی	۱۵
					پره ترم	۱۶
					پره ترم	۱۷
					پره ترم	۱۸

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع بیماری	ردیف
					...	۱۹
					...	۲۰
					...	۲۱
					...	۲۲
					...	۲۳
					...	۲۴
					...	۲۵
					...	۲۶
					...	۲۷
					...	۲۸
					...	۲۹
					...	۳۰

۳- فرم امار معاینه فیزیکی اعضای مختلف بدن مادر باردار

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

۴- فرم امار تشکیل پرونده و درخواست آزمایشات روتین یا لازم حین بارداری

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

۵- فرم امار تجویز داروهای مجاز و لازم حین بارداری

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۶- فرم امار درخواست آزمایشات UA-UC در موارد اورژانس

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

۷- فرم امار درخواست سونوگرافی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۸- فرم امار تفسیر و راهنمایی بر طبق جواب سونو یا تست های سلامت جنین

ردیف	نوع تست	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
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						

۹- فرم امار انجام NST ، rollover test ، و درخواست کومیس غیر مستقیم

ردیف	نوع تست	نام و نام خانوادگی بیمار	علت درخواست	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	NST					
۲	NST					
۳	NST					
۴	Roll over test					
۵	Roll over test					
۶	کومیس غیر مسدود تقییم					
۷	کومیس غیر					

۱۰- فرم امار گرفتن FHR

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

۱۱- فرم امار تفسیر تفسیر و راهنمایی بر اساس جواب های آزمایش

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۴۷
					۴۸
					۴۹
					۵۰

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بیماریهای زنان و ناباروری

۱- فرم امار گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					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

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۳۹					
۴۰					
۴۱					
۴۲					
۴۳					
۴۴					
۴۵					
۴۶					
۴۷					
۴۸					
۴۹					
۵۰					
۵۱					
۵۲					
۵۳					
۵۴					
۵۵					

۲- فرم امار انجام معاینات دستگاه تناسلی (معاینه خارجی و داخلی)

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۲۹					
۳۰					
۳۱					
۳۲					
۳۳					
۳۴					
۳۵					
۳۶					
۳۷					
۳۸					
۳۹					
۴۰					
۴۱					
۴۲					
۴۳					
۴۴					
۴۵					
۴۶					
۴۷					
۴۸					
۴۹					
۵۰					

۳- فرم امار انجام معاینه پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۴- فرم امار گذاردن اسپیکولوم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۵- فرم امار انجام پاپ اسمیر

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

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰
					۲۱
					۲۲
					۲۳
					۲۴
					۲۵
					۲۶
					۲۷
					۲۸
					۳۰
					۳۱
					۳۲
					۳۳
					۳۴
					۳۵

۶- فرم امار خواندن و تفسیر پاپ اسمیر

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	جواب پاپ اسمیر	پزشک معالج	علت درخواست	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵

۷- فرم امار درخواست آزمایشات لازم

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					
۲۳					
۲۴					
۲۵					

۸- فرم امار خواندن و تفسیر جواب آزمایشات لازم

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

۹- فرم امار تشخیص سرویسیت و واژینیت

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

۱۰- فرم امار تجویز درمان و نوشتن نسخه

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۲۰
					۲۱
					۲۲

۱۱- فرم امار دادن آموزش در مورد سرویسیت و واژینیت و انجام مشاوره

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰

۱۲- فرم امار انجام مشاوره در مورد سرویسیت و واژینیت

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲

۱۳- فرم امار مشاهده اعمال جراحی زنان در اتاق عمل زنان

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۱
					۲
					۳

۱۴- فرم امار مشاهده و پیگیری case نازایی در درمانگاه نازایی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۱۵- فرم امار مشاهده case های غیر از سرویسیت و واژینیت

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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						

۱۶- فرم امار گرفتن شرح حال و انجام معاینات و تجویزات و درخواست آزمایشات به غیر از سرویسیت و واژینیت

ردیف	تشخیص	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاءمری	محل کارآموزی
۱	بیماریهای مفاربتی					
۲	UTI					
۳	بی اختیاری ادراری					
۴	PID					
۵	مول					
۶	کانسرها					
۷	کیست تخمدان					
۸	میوم					
۹	دیسنوره					
۱۰	امنوره					
۱۱	ناباروری					
۱۲	...					
۱۳	...					
۱۴	...					
۱۵	...					
۱۶	...					
۱۷	...					
۱۸	...					
۱۹	...					
۲۰	...					
۲۱	...					
۲۲	...					
۲۳	...					
۲۴	...					
۲۵	...					
۲۶						
۲۷						
۲۸						
۲۹						
۳۰						
۳۱						
۳۲						
۳۳						
۳۴						
۳۵						

۱۷- فرم امار امار و انجام تفسیر تست خون

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص	پزشک معالج	تاریخ و امضاءمری	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

۱۸- فرم امار انجام و تفسیر تست نیترازین

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	نتیجه تست	علت انجام تست	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱							

۱۹- فرم امار دادن آموزش به بیمار در مورد case های مختلف

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						

۲۰- فرم امار دادن مشاوره به بیمار

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

۲۱- فرم امار آشنایی باتشخیص اداره و درمان بیمارانی که در بخش جراحی زنان بستری اند.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده

بخش تنظیم خانواده :

۱- تشکیل پرونده و معاینه فیزیکی برای مراجعه کنندگان جدید

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

۲- فرم امار انجام پاپ اسمیر

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						

۳- فرم امار خواندن جواب پاپ اسمیر و تفسیر آن

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						

۴- فرم امار انجام مشاوره تنظیم خانواده

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						

۵- فرم امار تغییر روش تنظیم خانواده

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						

۶- فرم امارات‌رئه روش مناسب تنظیم خانواده به مددجویان

ردیف	روش پیشگیری	نام و نام خانوادگی بیمار	علت پیشنهاد روش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزشی
۱	قرص خوراکی						
۲	قرص خوراکی						
۳	قرص خوراکی						
۴	قرص خوراکی						
۵	قرص خوراکی						
۶	کاندوم						
۷	کاندوم						
۸	کاندوم						
۹	کاندوم						
۱۰	کاندوم						
۱۱	امپول						
۱۲	امپول						
۱۳	امپول						
۱۴	امپول						
۱۵	امپول						
۱۶	IUD						
۱۷	IUD						
۱۸	IUD						
۱۹	IUD						
۲۰	IUD						

۷- فرم امار گذاردن IUD

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزشی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

۸- فرم امار خارج کردن IUD

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کار آموزشی
۱						

۹- فرم امار تزریق واکسن برای کودکان

ردیف	نام واکسن	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	نحوه ی تزریق واکسن	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	هیپاتیت ب					
۲	هیپاتیت ب					
۳	هیپاتیت ب					
۴	فلج اطفال					
۵	فلج اطفال					
۶	فلج اطفال					
۷	MMR					
۸	MMR					
۹	MMR					
۱۰	...					
۱۱	...					
۱۲	...					
۱۳	...					
۱۴	...					
۱۵	...					
۱۶	...					
۱۷	...					
۱۸	...					

۱۰- فرم امار تزریق واکسن کزاز برای مادر باردار

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						

۱۱- فرم امار برنامه ریزی واکسیناسیون برای کودکانی که واکسیناسیون را به موقع انتخاب کرده و یا به موقع انتخاب نکرده اند

ردیف	نام واکسن	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	مدت تاخیر واکسیناسیون	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						

بخش مراقبت از کودکان ۵ سال :

۱۲- فرم امار تشکیل پرونده برای کودکان زیر ۵ سال

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				

۱۳- فرم امار توزین وزن و اندازه گیری قد و دور سر کودکان

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	وزن کودک	قد کودک	دور سر کودک	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

۱۴- فرم امار ترسیم منحنی رشد در کارت مخصوص

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	وضعیت رشد	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۱۵- فرم امار برنامه ریزی برای فواصل مراجعه برای پایش رشد کودک

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	زمان مراجعه ی بعدی	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

۱۶- فرم امار تشخیص انحرافات از رشد مناسب و پیگیری علت آن و ...

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	سن کودک	علت انحراف از رشد	توصیه های لازم	ارجاع به پزشک	مدت پیگیری	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱								
۲								

۱۷- فرم امار آموزش شیردهی صحیح از پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی کودک	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۱۸- فرم امار آموزش تغذیه ی تکمیلی تا یکسالگی و دو سالگی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن نوزاد (به ماه)	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	تا یکسالگی			
۲	تا یکسالگی			
۳	تا دو سالگی			
۴	تا دو سالگی			
۵	بالای دو سال			
۶	بالای دو سال			

۱۹- فرم امار آموزش تغذیه با شیر کمکی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۲۰- فرم امار تشخیص ،انجام برنامه مراقبتی و آموزش در مورد کودکان بیمار

ردیف	نوع بیماری	سن کودک	نوع آموزش	مدت پیگیری	پزشک معالج	ارجاع	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	اسهال							
۲	تنفسی							
۳	برفک							
۴	افت قند خون							
۵	تب							

بخش مراقبت از مادر:

۲۱- فرم امار تشکیل پرونده برای مراجعه کنندگان جدید

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۲۲- فرم امار اندازه گیری قد ، وزن ، و فشار خون

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۴					
۵					

۲۳- فرم امار انجام معاینات فیزیکی و لئوپولد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

۲۴- فرم امار کنترل FHR و علائم حیاتی مادر

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

۲۵- فرم امار درخواست انجام آزمایشات روتین بارداری

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آزمایشات	سن حاملگی	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

۲۶- فرم امار آموزش به مادر باردار در مورد مراقبت از خود

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

۲۷- فرم امار راهنمایی در مورد انجام واکسیناسیون کزاز

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	سن حاملگی	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						

۲۸- فرم امار معاینه پستان و بررسی ان جهت آمادگی برای شیردهی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۲۹- فرم امار غربالگری مادران پرخطر و ارجاع به پزشک متخصص یا بیمارستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	علت ارجاع	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						

۳۰- فرم امار درخواست سونوگرافی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۳۱- فرم امار برنامه ریزی برای فواصل مراجعه

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

۳۲- فرم امار آموزش مشاوره در مورد بهداشت دوران بلوغ

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن مشاوره گیرنده	نوع مشاوره	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۳۳- فرم امار آموزش و مشاوره در مورد مسائل یائسگی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن مشاوره گیرنده	نوع مشاوره	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۳۴- فرم امار آموزش و مشاوره ازدواج

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن مشاوره گیرنده	نوع مشاوره	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۳۵- فرم امار آموزش و مشاوره عملکرد جنسی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن مشاوره گیرنده	نوع مشاوره	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه نوزادان نیازمند مراقبت های ویژه

۱- فرم امار مابینه فیزیکی نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

۲- فرم امار آموزش شیردهی از پستان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				

۳- فرم امار گذاشتن کاتتر معده برای نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت گذاشتن کاتتر	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					شستشوی معده
۲					گاوآژ
۳					لاواژ

۴- فرم امار اندازه گیری وزن نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				

۵- فرم امار مراقبت از نوزاد

ردیف	وضعیت نوزاد	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	نوزاد سالم				
۲	نوزاد سالم				
۳	نوزاد سالم				
۴	نوزاد نارس				
۵	نوزاد نارس				
۶	نوزاد در انکوباتور				
۷	نوزاد در انکوباتور				

۶- فرم امار مراقبت از نوزاد دچار بیماری و عارضه به غیر از موارد فوق

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام بیماری	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

۷- فرم امار محاسبه ی دارویی و اجرای تجویز پزشک

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع دارو یا سرم	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱	وصل سرم				
۲					
۳					
۴					

۸- فرم امار اندازه گیری انتروپومتريک نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

۹- فرم امار آموزش به مادر در مورد نحوه ی دادن دارو به نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نوع دارو	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

۱۰- فرم امار معاینه ترخیص نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱				

۱۱- فرم امار آموزش به مادر در مورد واکسیناسیون، تغذیه و...

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نوع آموزش	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					

۱۲- فرم امار خونگیری از کف پای نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت خونگیری	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					

۱۳- فرم امار مشاهده و کمک به تعویض خون نوزاد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	علت تعویض خون	پزشک معالج	تاریخ انجام و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					

فهرست فعالیتهای مربوط به کارآموزی در عرصه بیماریهای داخلی و جراحی در بارداری

۱- فرم امار شرح حال دقیق از مادران باردار دارای بیماریهای داخلی و جراحی

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	نام بیماری	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	نام بیماری	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱۱						
۱۲						

۲- فرم امار تشخیص باتوجه به شرح حال، معاینه فیزیکی، تفسیر آزمایشات و ...

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

۳- فرم امار انجام زایمان

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	پزشک معالج	تاریخ و امضاء مربی	محل کارآموزی
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					

محل کارآموزی	تاریخ و امضاء مربی	پزشک معالج	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
					۷۳
					۷۴
					۷۵
					۷۶
					۷۷
					۷۸
					۷۹
					۸۰

پایان