

چک لیست ارزشیابی دانشجویان مامایی در کارآموزی زایشگاه

چک لیست پذیرش زائو

هدف: دانشجو بتواند مادر را جهت زایمان پذیرش کند

نام و نام خانوادگی دانشجو:

| ردیف | موارد مورد نظر | ملاحظات |
|------|--|---------|
| ۱ | حضور مرتب و به موقع | |
| ۲ | رعایت یونیفرم مناسب | |
| ۳ | همراه داشتن دفترچه یادداشت و خودکار | |
| ۴ | آراستگی ظاهری (نداشتن آرایش، زینت آلات، ناخن و غیره) | |
| ۵ | نداشتن تلفن همراه/ فعال بودن در بخش | |
| ۶ | نحوه ارتباط با مربی و پرسنل | |
| ۷ | تحویل و راهنمایی زائو به اتاق پذیرش | |
| ۸ | سؤال از علت مراجعه زائو (دردهای زایمانی، آبریزی، خونریزی، کاهش حرکات جنین، گذشتن از موعد زایمان و ...) و در نظر گرفتن اولویت انجام اقدامات مربوطه (که بسته به علت مراجعه فرق دارد) | |
| ۹ | ثبت مشخصات مربوط به زائو در دفتر پذیرش (نام و نام خانوادگی، ساعت، تاریخ، علائم حیاتی، علت مراجعه، آدرس) | |
| ۱۰ | سمع قلب جنین با گوشی مامایی (تکنیک - فواصل - تشخیص الگوی طبیعی از غیر طبیعی و تعداد) | |
| ۱-۱۰ | پاهای مادر صاف - گوشی عمود بر شکم مادر - عدم تماس دست با گوشی - کنترل همزمان نبض مادر - صورت معاینه کننده به طرف پاهای مادر | |
| ۲-۱۰ | ۱۶۰-۱۱۰ bit/min | |
| ۱۱ | معاینه واژینال با توجه به سونوگرافی مادر: (dil, eff, Sta, Mem, Pres & Lie) گزارش جفت سرراهی در سونوگرافی، معاینه واژینال ممنوع است. | |
| ۱-۱۱ | بررسی ظاهر ژنیتالیای خارجی (ادم، واریس، هرپس، زگیل و ...) | |
| ۲-۱۱ | بررسی تناسب لگن (همگرایی دیواره‌های لگن، آنگاژمان، برجستگی خارها، آرک پوبیس، تقعر ساکروم، تحرک دنبالچه) | |
| ۱۲ | معاینه شکم (اندازه - شکل - تغییرات پوست به ویژه اسکارهای شکمی، پر یا خالی بودن مثانه) | |
| ۱-۱۲ | اندازه شکم اطلاعاتی در مورد فیبروم رحم، سن حاملگی، چاقی، دوقلویی، پلی‌هیدرامنیوس و اندازه جنین (اگر جنین درشت است تخمین وزن جنین با توجه به فرمول جانسون) در اختیار قرار می‌دهد. $Sta = +$ اگر $n = 11$ / $Sta = -$ اگر $n = 12$ $155 \times (FH - n)$ به سانتی‌متر اگر بیمار بیش از ۹۱ کیلو وزن داشته باشد از FH یک سانتی‌متر کم می‌شود. | |
| ۲-۱۲ | شکل شکم، پوزیشن (مثلاً فرورفتگی ناف، نشان‌دهنده OP) و پرزانتاسیون جنین (مثلاً در قرار عرضی، شکم حالت عرضی داشته و قله رحم پایین‌تر است) را نشان می‌دهد. در پره‌ترم لیبر و شک به دکولمان باید معاینه شکم با احتیاط انجام شود. | |
| ۳-۱۲ | تغییرات پوست، شامل خط سیاه (linea nigra)، استریا و اسکارهای شکمی می‌شود. | |
| ۱۳ | محاسبه سن حاملگی بر اساس LMP، سونوگرافی و تخمین سن حاملگی با توجه به ارتفاع رحم (FH) | |
| ۱۴ | مقایسه G.A (LMP) با G.A (سونوگرافی) و G.A (لمس شکم) | |
| ۱۵ | کنترل انقباضات رحمی (تشخیص انقباضات حقیقی از کاذب با اندازه‌گیری Frequency, Duration, Intensity) | |
| ۱۶ | بیمار با توجه به وضعیت سرویکس، سن حاملگی، انقباضات منظم رحمی، آبریزی، خونریزی، مشکلات طبی (فشارخون، پیلونفریت و...)، نامه ختم حاملگی، کاهش حرکات جنین، افت ضربان قلب جنین و ... بستری می‌شود. | |
| ۱۷ | در صورت نیاز به بستری شدن بیمار: دادن لباس (گان جهت اعمال جراحی مانند سزارین، کورتاژ؛ و پیراهن مخصوص زایشگاه جهت سایر بیماران) و پاپوش به زائو - به بیماران مبتلا به هیپاتیت یا سایر بیماری‌های مسری باید گان یک بار مصرف داده شده و با نصب برچسب بر روی سینه بیمار، وی در اتاق ایزوله بستری شود. | |
| ۱-۱۷ | تحویل البسه و دستور کتبی تشکیل پرونده (زایمان طبیعی، سزارین، خونریزی، کورتاژ، و...) به همراهی زائو | |

| | |
|-------|---|
| ۱۸ | کنترل علائم حیاتی (BP,P,R) و ثبت در دفتر پذیرش: گرفتن فشارخون در وضعیت خوابیده به پهلو محدوده طبیعی نبض: $P = (۶۰-۱۰۰) \pm (۱۰-۱۵)$ محدوده طبیعی تنفس: $R = (۲۰-۱۶) \pm (۲-۳)$ |
| ۱-۱۸ | در صورت ادم (پا یا دست و صورت) یا بالا بودن فشار خون ($\geq ۱۳۰/۸۰$ mmHg) درخواست U/A (پروتئین ادرار) در بیماران پره ترم لیبری که بستری می‌شوند نیز U/A درخواست می‌شود. در صورت سابقه یا افزایش فشارخون در بارداری فعلی، سردرد، تاری دید و یا درد اپیگاستر، باید آزمایشات کامل پره-اکلامپسی درخواست گردد. |
| ۱۹ | برقراری راه وریدی (بهتر است در همه بیماران سرم رینگر وصل شود) |
| ۲۰ | درخواست آزمایش‌های روتین: CBC&B.G,Rh) با گرفتن حدود ۲cc خون در لوله سیتراته در سبز) و پیگیری ارسال نمونه خون به آزمایشگاه مربوطه |
| ۱-۲۰ | آزمایش‌های سزارین: CBC&B.G,Rh) و (کراس مچ: ۲cc خون در لوله لخته) و درخواست رزرو ۲ واحد خون همگروه (معمولاً پک سل) |
| ۲-۲۰ | آزمایش‌های پره‌اکلامپسی: CBC&B.G,Rh) (کراس مچ، BUN,Cr,SGOT,SGPT در لوله لخته) PT و PTT |
| ۳-۲۰ | در مواردی که بیمار با شکایت خونریزی (به هر دلیل) مراجعه می‌کند، باید احتمال مشکلات انعقادی را در نظر گرفت و علاوه بر سایر آزمایشات مربوطه PT و PTT نیز به مقدار ۱/۸ سی‌سی در لوله‌های سیتراته (در بنفش) گرفته شود. |
| ۲۱ | گرفتن شرح حال مختصر |
| ۱-۲۱ | شرح حال مامایی G, P, Ab, L.Ch, D.Ch |
| ۲-۲۱ | مشکلات بارداری فعلی: لکه بینی، خونریزی، آبریزی، پلی‌هیدر و اولیگوهایدرآمنیوس، دوقلویی و غیره |
| ۳-۲۱ | سابقه زایمانی: روش زایمان (طبیعی یا بدون کاپ/سزارین)، دقت به اسکارهای شکمی - طول بارداری (ترم، پره ترم، پست‌ترم)، خونریزی (قبل و بعد از زایمان)، آبریزی، چسبندگی جفت، پلی و اولیگو هیدر آمنیوس، دوقلویی، سقط (علت آن، سابقه کورتاژ)، نوع گروه خونی |
| ۴-۲۱ | سابقه بیماری: دیابت، هیپاتیت، قلب، آسم، تیروئید، فشارخون، آنمی، عفونت‌ها، صرع، میگرن و.. |
| ۵-۲۱ | مصرف هر گونه دارو، اعتیاد یا عدم اعتیاد |
| ۶-۲۱ | سابقه حساسیت: دارویی، غذایی، فصلی |
| ۷-۲۱ | آخرین نوبت مصرف غذا (در سزارینی‌ها مهم است) |
| ۸-۲۱ | وضعیت فرزندان قبلی: وزن، نمره آپگار، سلامت حین و بعد از زایمان، ماکروزوم، IUGR، IUFD آنومالی جنینی (علت: ازدواج فامیلی؟ مصرف دارو؟ اشعه؟)، مرده‌زایی |
| ۹-۲۱ | سابقه نازایی (فاصله ازدواج تا اولین بارداری) و روش درمان نازایی؟ |
| ۱۰-۲۱ | مشکلات فامیلی: سرطان، زایمان سخت، زایمان تسهیل شده، زایمان سریع، ایدز، هیپاتیت، سل |
| ۱۱-۲۱ | آیا حین استفاده از روش‌های ضدبارداری، حامله شده است؟ (احتمال چندقلویی یا ناهنجاری) |
| ۲۲ | معاینه فیزیکی |
| ۱-۲۲ | سر و گردن (بینایی و تیروئید) |
| ۲-۲۲ | اندام (ادم)، شکم (بزرگی و کوچکی جنین) و تأیید یافته‌های لگنی |
| ۲۳ | رعایت نظم، نظافت و صرفه‌جویی وسایل مورد استفاده و تحویل زائو به لیبر |

چک لیست ارزشیابی دانشجویان مامایی در کارآموزی بارداری و زایمان

چک لیست لیبر

هدف: دانشجو بتواند مادر را حین لیبر کنترل کند

| ردیف | موارد مورد نظر | ملاحظات | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|---|------------------|--|-----------|----------|-----------------------|--------------------|---|--|--------------|---|--|
| ۱ | تحويل زائو از واحد پذیرش و اطلاع از شرح حال وی (توجه به پرونده و سونوگرافی) | | | | | | | | | | | | | |
| ۲ | سمع قلب جنین به کمک گوشی مامایی (تکنیک- فواصل - تشخیص الگوی طبیعی از غیر طبیعی و تعداد) | | | | | | | | | | | | | |
| ۱-۲ | دراولین نوبت سمع: ۱min در بین دو انقباض برای تعیین ضربان پایه، و ۳۰s بلافاصله بعد از شروع انقباض رحمی جهت تعیین افت زودرس و ۳۰s بعد از ختم انقباض رحمی جهت تعیین افت دیررس قلب جنین | | | | | | | | | | | | | |
| ۲-۲ | فواصل سمع قلب جنین: | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">مرحله اول زایمان</th> <th>مرحله دوم زایمان</th> </tr> <tr> <th>فاز نهفته</th> <th>فاز فعال</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار</td> <td>هر ۳۰ دقیقه یک بار</td> <td>هر ۱۵ دقیقه یک بار</td> </tr> </tbody> </table> <p>در بارداری‌های پرخطر صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۳۰ دقیقه و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه کنترل می‌شود.</p> | مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | فاز نهفته | فاز فعال | | هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | هر ۱۵ دقیقه یک بار | | | | |
| مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | | | | | | | | | | | | |
| فاز نهفته | فاز فعال | | | | | | | | | | | | | |
| هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | هر ۱۵ دقیقه یک بار | | | | | | | | | | | | |
| ۳ | کنترل انقباضات رحمی (Fr /Dur/Intens/Rest و فواصل) با توجه به فاز زایمانی زائو: | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">مرحله اول زایمان</th> <th>مرحله دوم زایمان</th> </tr> <tr> <th>فاز نهفته</th> <th>فاز فعال</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار</td> <td>هر ۳۰ دقیقه یک بار</td> <td>هر ۱۵ دقیقه یک بار</td> </tr> </tbody> </table> <p>انقباض تتانیک ($dur > 90s$) و با شدت قوی یا بیش از ۵ انقباض در $10min$ یا نارسایی رحم باید گزارش شوند. تکرار (Frequency): از شروع انقباض تا شروع انقباض بعدی یا قله انقباض تا قله انقباض بعدی شدت (Intensity): قدرت انقباض (تعیین میزان سفت شدن رحم، یعنی در اوج انقباض، انگشت شست به سادگی در رحم فرو نمی‌رود. طول مدت هر انقباض (Duration): فاصله شروع تا خاتمه هر انقباض استراحت (Rest): فاصله بین انقباض‌ها، فاصله خاتمه یک انقباض تا شروع انقباض بعدی</p> | مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | فاز نهفته | فاز فعال | | هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | هر ۱۵ دقیقه یک بار | | | | |
| مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | | | | | | | | | | | | |
| فاز نهفته | فاز فعال | | | | | | | | | | | | | |
| هر ۶۰-۳۰ دقیقه یک بار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | هر ۱۵ دقیقه یک بار | | | | | | | | | | | | |
| ۴ | کنترل علائم حیاتی با توجه به فاز زایمانی زائو: | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">مرحله اول زایمان</th> <th>مرحله دوم زایمان</th> <th>مرحله چهارم زایمان (۲ ساعت اول بعد از زایمان)</th> </tr> <tr> <th>فاز نهفته</th> <th>فاز فعال</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۴ ساعت یکبار</td> <td>BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۲ ساعت یک بار</td> <td>حداقل یک بار</td> <td>در ساعت اول: BP, P, R هر ۱۵ دقیقه یک بار و T یک بار در ساعت دوم: BP, P, R هر ۳۰ دقیقه</td> </tr> </tbody> </table> <p>* در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت، هر یک ساعت یکبار - T بیش از $38^{\circ}C$، تب است (T باید به مدت ۵-۳ دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود). افزایش دمای بدن مادر مطرح کننده دهیدره بودن و یا عفونت است. BP برابر با $140/90 mmHg$ و بالاتر «فشار خون بالا» در نظر گرفته می‌شود (BP باید در بین دو انقباض اندازه‌گیری شود) P و R باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری شود. پالس بیش از ۱۱۵، نیاز به گزارش دارد.</p> | مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | مرحله چهارم زایمان (۲ ساعت اول بعد از زایمان) | فاز نهفته | فاز فعال | | | BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۴ ساعت یکبار | BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۲ ساعت یک بار | حداقل یک بار | در ساعت اول: BP, P, R هر ۱۵ دقیقه یک بار و T یک بار در ساعت دوم: BP, P, R هر ۳۰ دقیقه | |
| مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | مرحله چهارم زایمان (۲ ساعت اول بعد از زایمان) | | | | | | | | | | | |
| فاز نهفته | فاز فعال | | | | | | | | | | | | | |
| BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۴ ساعت یکبار | BP, P, R هر یک ساعت T* هر ۲ ساعت یک بار | حداقل یک بار | در ساعت اول: BP, P, R هر ۱۵ دقیقه یک بار و T یک بار در ساعت دوم: BP, P, R هر ۳۰ دقیقه | | | | | | | | | | | |
| ۵ | معاینه واژینال (با توجه به فاز زایمانی و نحوه پیشرفت زایمان) و البته سمع FHR قبل و بعد از آن | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">مرحله اول زایمان</th> <th>مرحله دوم زایمان</th> </tr> <tr> <th>فاز نهفته</th> <th>فاز فعال</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>هر ۴ ساعت یک بار</td> <td>هر ۲ ساعت یکبار</td> <td>هر ۳۰ دقیقه یک بار</td> </tr> </tbody> </table> | مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | فاز نهفته | فاز فعال | | هر ۴ ساعت یک بار | هر ۲ ساعت یکبار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | | | | |
| مرحله اول زایمان | | مرحله دوم زایمان | | | | | | | | | | | | |
| فاز نهفته | فاز فعال | | | | | | | | | | | | | |
| هر ۴ ساعت یک بار | هر ۲ ساعت یکبار | هر ۳۰ دقیقه یک بار | | | | | | | | | | | | |
| ۶ | پوشاندن زائو بعد از معاینه واژینال | | | | | | | | | | | | | |
| ۷ | پوزیشن (وضعیت) دادن زائو با توجه به فاز زایمانی زائو | | | | | | | | | | | | | |
| ۱-۷ | نهفته: (مجاز به فعالیت: قدم زدن) * فعال: (استراحت در بستر: درازکش به پهلو یا سر بالا) | | | | | | | | | | | | | |
| ۸ | انجام مانورهای لثوپولد (موارد منع انجام: دکولمان یا زایمان زودرس یا احتمال آنها) | | | | | | | | | | | | | |
| ۹ | تسریع زایمان به کمک آمنیوتومی یا تجویز اکسی توسین | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------|---|
| ۱-۹ | آمنیوتومی با تکنیک صحیح (به کمک آمنیوهوک) و سمع FHR قبل و بعد از آن تحت شرایط زیر: |
| ۲-۹ | sta = ۰، dil = ۵-۴، روی کیسه آب رگ سرراهی نباشد، پرولاپس بند ناف رد شود و FHR نرمال باشد. |
| ۳-۹ | بعد از آمنیوتومی: توجه به رنگ (شفاف/ زرد/ قهوه‌ای)، قوام (رقیق یا غلیظ: همراه با پارتیکل = thick)، بو (بدون بو/ بودار) و مقدار (کم/ خیلی زیاد) مایع و گزارش بلافاصله ساعت آمنیوتومی، بیرون نیاوردن سریع دست به علت احتمال پرولاپس، کنار زدن کامل پرده‌های جنینی از روی عضو پرزائنه و معاینه مجدد از نظر تعیین دیلاتاسیون و افاسمان. |
| ۴-۹ | خشک کردن زیر بیمار بعد از آمنیوتومی (تعویض شان) |
| ۵-۹ | اگر مایع آمنیوتیک، مکونیا (سبز متمایل به قهوه‌ای) است بر اساس قوام مایع و پارینه و دیلاتاسیون تصمیم‌گیری می‌شود: G1 و فاز نهفته و تیک مکونیا: سزارین / G1 و فاز فعال: دادن فرصت زایمان با کنترل قلب جنین G1 به بالا که نزدیک زایمان است، فرصت زایمانی با کنترل FHR |
| ۶-۹ | در فاز نهفته به جای آمنیوتومی، می‌توان استریپینگ (جدا کردن پرده‌ها از سگمان تحتانی) انجام داد. |
| ۱۰ | اینداکشن طبق دستور پزشک (۵U سنتو + ۵۰ cc سرم رینگر یا قندی نمکی) |
| ۱-۱۰ | کنترل FHR و انقباضات رحم قبل از افزودن قطرات سنتوسینون (افزایش ۴ قطره هر ۱۵-۲۰ min) |
| ۲-۱۰ | اگر حین ایندکشن، انقباضات تنابک شود: (قطع سنتوسینون، اکسیژن دهی ۸-۱۲ l/min، خواباندن به پهلو، انفوزیون سریع سرم دکستروز) |
| ۳-۱۰ | بعد از پایدار شدن وضعیت زائو، شروع مجدد ایندکشن با نصف قطراتی که زائو تنابک شده بود. |
| ۱۱ | مراقبت ادراری: خالی کردن مثانه هر ۵-۱/۲ h (سونداژ اگر لازم باشد) |
| ۱۲ | تجویز ضد درد در فاز فعال (dil ≥ ۴) (پتدین: ۱۰۰-۵۰ mg IM) یا آرام‌بخش (پرومتازین: ۵۰-۲۵ mg IM) در صورت درد یا اضطراب شدید (جداگانه یا ترکیبی از هر دو) |
| ۱-۱۲ | حضور ماما بر بالین زائو بهترین آرام‌بخش است. |
| ۱۳ | تغذیه (NPO) - سرم با دوز بین ۶۰-۱۲۰ ml/h و متوسط ۱۰۰ ml/h که این مقدار بین ۲۰ تا ۴۰ قطره و متوسط ۳۲ قطره در دقیقه خواهد بود. در مورد خونریزی، اولویت با سرم رینگر و در صورت نبود آن با سرم قندی - نمکی یا قندی خواهد بود. در مورد فشارخون بالا سرم رینگر یا قندی و در مورد دیابت، فقط سرم رینگر توصیه می‌شود. |
| ۱۴ | انتقال زائو در زمان مناسب به اتاق زایمان با در نظر گرفتن پارینه: |
| ۱-۱۴ | مولتی پار: dil > ۹-۸ cm، Eff = ۸۰٪، Stat = ۰ |
| ۲-۱۴ | نولی پار: بعد از فول شدن، آموزش به مادر تا زمان کرونینگ سر (دیدن شدن ۳-۴ cm از سر جنین در طی هر انقباض) |

چک لیست ارزشیابی دانشجویان مامایی طبق سرفصل در کارآموزی بارداری و زایمان

چک لیست اتاق زایمان

هدف: دانشجویان زایمان را به روش صحیح انجام داده و سلامتی مادر و نوزاد را حفظ کند

| ردیف | موارد مورد نظر | ملاحظات |
|------|---|---------|
| ۱ | آماده کردن توالی زایمان | |
| ۲ | قرار دادن مادر در وضعیت مناسب زایمانی بر روی تخت زایمانی | |
| ۳ | پوشیدن پیش بند، چکمه، زدن ماسک و عینک محافظ | |
| ۴ | سمع قلب جنین (زمان کم خطر هر ۱۵ min * زمان پر خطر هر ۵ min) | |
| ۱-۴ | بعد از تحویل گرفتن از لیبر و خواباندن زانو بر روی تخت زایمان | |
| ۲-۴ | در فواصل بین دو انقباض تا زمان تولد جنین (با در نظر گرفتن کم خطر و پر خطر بودن زایمان) که FHR بلافاصله بعد هر انقباض احتمالاً کاهش یافته، اما قبل از شروع انقباض بعدی باید به حد طبیعی برگردد. | |
| ۵ | دادن اکسیژن به مادر در صورت لزوم (افت ضربان قلب جنین یا خستگی مادر) | |
| ۶ | باز کردن ست و پک زایمان | |
| ۷ | پوشیدن گان و دستکش | |
| ۸ | چک ست و پک زایمان (تعداد شان ها، دو کلامپ بند ناف، قیچی ایپی، قیچی ساده، پوار، دو کلیپس بند ناف، رینگ فورسپس، در صورت لزوم سرنگ ۵ cc برای کشیدن لیدوکائین ۰.۲٪) | |
| ۹ | چیدن ست به ترتیب استفاده و با توجه به پارته | |
| ۱-۹ | نولی پار: سرنگ حاوی ۵cc لیدوکائین ۰.۲٪ کشیده شده، قیچی ایپی، پد کنترل پرینه، پوار، دو کلامپ باز شده بند ناف، کلیپس-های بند ناف، گاز، قیچی ساده | |
| ۲-۹ | مولتی پار: پد کنترل پرینه، پوار، دو کلامپ باز شده بند ناف، قیچی ایپی، کلیپس های بند ناف، گاز، قیچی ساده | |
| ۱۰ | شستشوی ژنیتالای خارجی: ۱- مونس پوبیس به طرف بالا ۲- از لابیای ماژور چپ به سمت کشاله ران مادر در جهت خارج ۳- از لابیای ماژور راست به سمت کشاله ران در جهت خارج ۴- لابیای مینور راست ۵- لابیای مینور چپ ۶- خط وسط به طرف رکتوم | |
| ۱۱ | انداختن شان ها: پای راست مادر، پای چپ مادر، شکم، زیر باسن (بدیهی است با توجه به اورژانسی بودن زایمان، ترتیب انداختن شان ها فرق خواهد کرد) یا به صورت چرخشی در جهت یا خلاف جهت عقربه های ساعت (شروع از پای چپ مادر) | |
| ۱۲ | خالی کردن مثانه در صورت لزوم با سوند نلاتون | |
| ۱۳ | برقراری ارتباط مناسب با زانو و آموزش های لازم به مادر جهت زور زدن (در موقع انقباض رحمی (درد داشتن) نفس عمیق بکشد و در حالیکه نفس خود را نگه داشته مشابه زور زدن برای دفع مدفوع، فشار رو به پایین ایجاد کند و در پایان درد استراحت کند تا خستگی ناشی از زور زدن برطرف شود | |
| ۱۴ | توجه به نحوه تکرار (فرکانس) و مدت انقباضات رحمی و در صورت لزوم تجویز سنتوسینون | |
| ۱۵ | تشخیص لزوم انجام اپی زیوتومی (قضاوت عامل زایمان، احتمال پارگی، بریج، نیاز به وکیوم یا فورسپس، زایمان زودرس، OP، تسهیل زایمان در دیسترس جنینی، ماکروزومی، نولی پاریتی، توقف زایمان در مرحله دوم) | |
| ۱۶ | تشخیص زمان انجام اپی (پس از کرونینگ سر و در طی انقباضات رحمی) | |
| ۱۷ | آگاهی به مادر جهت تزریق ماده بیحسی لیدوکائین | |
| ۱۸ | روش تزریق بیحسی: با انتخاب مسیر و طول برش اپی (روتین: مدیولترال - طول برش ۳-۴) دو انگشت در جلوی سر جنین قرار گرفته و نیدل در بین دو انقباض رحمی در ساعت ۶ پرینه فروبرده شده، آسپیره می شود و بعد از عدم آسپیراسیون خون، ضمن تزریق ماده بیحسی، نیدل به بالا کشیده شده و قبل از خارج کردن کامل آن، مسیر تزریق از ۶ به ۷ و سپس به ۸ تغییر داده می شود. | |
| ۱۹ | کنترل ناحیه بیحس شده با وارد کردن فشار بر ناحیه مذکور توسط یک پنس قبل از برش (لیدوکائین ۴-۳ دقیقه پس از | |

| | |
|----|--|
| | تزریق اثر می‌کند یعنی برابر ۳-۲ انقباض بعد از تزریق بیحسی) |
| ۲۰ | زمان و تکنیک برش (در هنگام کرونینگ و در حضور انقباضات رحمی، مراقبت از سر جنین) |
| ۲۱ | کنترل خونریزی برش اپی با فشردن یک گاز بر روی آن تا زمان زایمان سر |
| ۲۲ | انجام صحیح مانور ریتنگن |
| ۲۳ | انجام صحیح زایمان سر |
| ۲۴ | چک بند ناف گردنی |
| ۲۵ | در صورت وجود بند ناف گردنی، لغزاندن آن از روی سر |
| ۲۶ | پوار ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد پس از زایمان سر |
| ۲۷ | خارج کردن صحیح شانه‌ها |
| ۲۸ | خارج کردن صحیح تنه |
| ۲۹ | قرار دادن نوزاد در پوزیشن صحیح (بغل یا روی شکم مادر) |
| ۳۰ | کلامپ و قطع کردن بند ناف به شیوه صحیح (اولی نزدیک به مادر و دومی به فاصله چند سانتی متر نزدیک به جنین) البته پس از پوار کامل ترشحات دهان و بینی |
| ۳۱ | خشک کردن و پوار مجدد نوزاد |
| ۳۲ | کلیپس کردن بند ناف از ۲-۳ cm سطح شکم نوزاد و چیدن آن از ۱-۰/۵ cm بعد از کلیپس‌ها |
| ۳۳ | قرار دادن نوزاد در یک شان خشک و نشان دادن وی به مادر (بویژه جنسیت نوزاد) و تحویل وی به دستیار جهت انجام کارهای نوزاد (قد، وزن، دورسر، قرار دادن وی زیر وارمر، بستن دستبند، تزریق ویتامین K، چک آنوس) |
| ۳۴ | بررسی سرویکس و واژن از نظر پارگی قبل از خروج جفت (زیرا در این زمان خونریزی رحم وجود ندارد تا مانع از دید مناسب شود) |
| ۳۵ | انتظار برای جدا شدن جفت و تشخیص علائم آن (اولین علامت سفت و کروی شدن رحم، غالباً خروج ناگهانی خون از واژن، بالا رفتن رحم در شکم، افزایش طول بند ناف) |
| ۳۶ | گرفتن خون از بند ناف اگر گروه خون مادر منفی و گروه خون همسر مثبت است |
| ۳۷ | خارج نمودن جفت به شیوه صحیح پس از جدا شدن (مانور برانت آندرو)، تشخیص نحوه خروج جفت (شولتز یا دانکن) |
| ۳۸ | ماساژ رحمی بعد از خروج جفت جهت حصول اطمینان از جمع بودن رحم |
| ۳۹ | انفوزیون ۲۰ واحد سنتو و کنترل فشار خون و نبض - تجویز ۱ gI آمپی‌سیلین در صورت پارگی یا انجام اپیزیوتومی |
| ۴۰ | اگر رحم جمع نیست، ماساژ رحمی به همراه کیف یخ بر روی رحم می‌تواند کمک کننده باشد و اگر ماساژ جواب نداد و فشار خون کمتر از ۱۳۰/۸۰ است ۰/۲ mg آمپول متیل‌ارگونوین (مترژن) تزریق عضلانی شود. |
| ۴۱ | بررسی کانال زایمان و پارایورتال از لحاظ پارگی و عمق برش اپی |
| ۴۲ | معاینه جفت |
| ۴۳ | شستشوی پرینه و تعویض شان |
| ۴۴ | درآوردن دستکش و آماده کردن وسایل لازم جهت اپی (ست اپی، نخ ۰ و ۲/۰، نور و صندلی و اسپری لیدوکائین) |
| ۴۵ | پوشیدن دستکش و خشک کردن مسیر ترمیم |
| ۴۶ | آماده کردن زائو از لحاظ روحی برای ترمیم اپی |
| ۴۷ | ترمیم اپی به روش صحیح (زمان ترمیم بلافاصله بعد از خروج جفت) |
| ۴۸ | سرعت عمل لازم در ترمیم اپی |
| ۴۹ | خارج کردن تامپون (اگر گذاشته باشد) |
| ۵۰ | معاینه رکتال (اطلاع به زائو و اینکه خود را شل کند و نفس عمیق بکشد) برای بررسی وجود بخیه در رکتوم |
| ۵۱ | شستشوی پرینه و تعویض شان (شستشو از داخل به خارج انجام می‌شود: اول خط وسط - لابیها و سپس ران‌ها) |
| ۵۲ | آموزش مراقبت از اپی و شیردهی و در صورت امکان باندینگ مادر و نوزاد و برقراری اولین شیردهی |
| ۵۳ | راحت کردن زائو |
| ۵۴ | جمع‌آوری و شمارش ست زایمان (۵ تکه) و اپی (۳ تکه) و منتقل کردن آنها به اتاق مربوطه |
| ۵۵ | صرفه‌جویی در وسایل مورد استفاده - مرتب کردن اتاق زایمان بعد از اتمام کار |

| انتقالی (۸-۱۰ cm) | فعال (۴-۷ cm) | نهفته (۰-۳ cm) | معیار |
|-------------------|---------------------|---|-----------------|
| حدود ۲۰-۴۰ min | حدود ۳-۶ h | حدود ۶-۸ h | مدت فاز |
| قوی تا خیلی قوی | متوسط تا شدید | خفیف تا متوسط | قدرت انقباضات |
| منظم | منظم‌تر | نامنظم | نظم انقباضات |
| هر ۲-۳ min | هر ۳-۵ min | هر ۵-۳۰ min | تکرار انقباضات |
| ۴۵-۹۰ s | ۴۰-۷۰ s | ۳۰-۴۵ s | مدت انقباضات |
| موکوس خونی | موکوس صورتی تا خونی | قهوه‌ای؛ موکوس پلاک؛ یا پلاک موکوسی صورتی | رنگ نمای خونی |
| زیاد | کم تا متوسط | کم | مقدار نمای خونی |
| برحسب نیاز | برحسب نیاز | برحسب نیاز | معاینه واژینال |

فواصل کنترل زن کم خطر در مرحله اول لیبر

| انتقالی (۸-۱۰ cm) | فعال (۴-۷ cm) | نهفته (۰-۳ cm) | معیار |
|-------------------|---------------|----------------|--------------------|
| هر ۱۵-۳۰ min | هر ۳۰ min | هر ۳۰-۶۰ min | فشارخون، نبض، تنفس |
| هر ۴ h | هر ۴ h | هر ۴ h | دما |
| هر ۱۰-۱۵ min | هر ۱۵-۳۰ min | هر ۳۰-۶۰ min | فعالیت رحمی |
| هر ۱۵-۳۰ min | هر ۱۵-۳۰ min | هر ۳۰-۶۰ min | قلب جنین |

