



فرم آمادگی دانشجویان مامایی جهت تکمیل آمار زایمانی

توضیح:

تایید اطلاعات این فرم توسط مربی محترم، به منزله تایید عملکرد بالینی دانشجوی مامایی جهت تکمیل آمار زایمانی در مراکز درمانی می باشد.

نام دانشجو:

شماره دانشجویی:

ترم: نیمسال تحصیلی:

تاریخ انجام زایمان انجام شده:

نام بیمارستان محل کارآموزی:

نام استاد مربوطه:

حد اقل معیارهای مورد نیاز در مدیریت زایمان جهت معرفی دانشجو به مراکز درمانی

ردیف		ضعیف	متوسط	خوب	عالی
۱	رعایت نکات استریل				●
۲	انجام پرپ و درپ و پوشیدن دستکش			●	
۳	چیدن وسایل زایمان			●	
۴	زایمان سر		●		
۵	زایمان شانه و تنه		●		
۶	زایمان جفت و معاینه آن			●	
۷	مراقبت از نوزاد			●	
۸	مراقبت پس از زایمان			●	

اینجانب مربی بخش زایمان، عملکرد دانشجو جهت تکمیل آمار زایمانی را طبق ارزیابی فوق تایید می کنم.

نام و نام خانوادگی مربی: تاریخ: امضا و مهر مربی: