



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی
استان تهران

معاونت درمان

تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی

نام مرکز / بیمارستان :	مسئول واحد ارزیابی شونده :
ارزیابان:	تاریخ ارزیابی :

چک لیست نظارت بر استاندارد خدمت مراقبت روتین مامایی (قبل از زایمان سزارین، مراقبت بعد از سزارین) در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی					
ردیف	وضعیت استاندارد	بله	خیر	تا حدودی	توضیحات
1	آیا سن حاملگی برای سزارین برنامه ریزی شده 39 هفته تمام رعایت می شود؟ (سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول محاسبه شود در صورت نبودن سونوگرافی فوق بایستی بر اساس اندیکاسیون ختم بارداری یا شروع علائم لیبر اقدام به سزارین نمود)				
2	آیا در موارد سزارین تکراری 3و4، توصیه به انجام سونوگرافی واژینال در هفته 37 برای اندازه گیری طول سرویکس انجام می شود؟ (اگر طول سرویکس کمتر از 25 میلی متر باشد ختم بارداری در هفته 37 انجام شود)				
1-2	آیا اقدامات لازم برای سزارین اورژانسی در مدت کمتر از 30 دقیقه فراهم می شود؟				
2-2	آیا بیمارستان حداقل پنج رشته تخصصی در زمینه داخلی، جراحی، زنان، اطفال و بیهوشی دارد؟ (منطبق با نظام سطح بندی خدمات پریناتال)				
3-2	آیا اقدامات و ارزیابی قبل از انجام پروسیجر انجام می شود؟ ○ آیا از 8 ساعت قبل از سزارین برنامه ریزی شده، دریافت مواد خوراکی متوقف می شود. ○ یک آزمایش CBC پایه برای مادر کاندید سزارین درخواست می شود. (اگر مادر در یک ماه گذشته یک آزمایش CBC بدون مشکل و نرمال داشته				

				باشد، نیازی به تکرار نیست) ○ برای کاهش خطر عفونت پس از سزارین، یک دوز آنتی بیوتیک (سفازولین) 30 تا 60 دقیقه قبل از برش سزارین برای همه مادران کاندید سزارین تزریق می شود. (وزن مادر کمتر از 80 کیلوگرم، 1 گرم سفازولین. وزن مادر مساوی یا بیشتر از 80 کیلوگرم، 2 گرم سفازولین. وزن مادر بالای 120 کیلوگرم، 3 گرم سفازولین) ○ در موارد حساسیت به پنی سیلین درمان ترکیبی مترونیدازول (500 میلی گرم) همراه با کلیندامایسین (600 میلی گرم) یا جنتامایسین (1.5 میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن) وریدی یا ونکومایسین 1 گرم وریدی به مدت 1 ساعت پوشش کافی را فراهم می کند. ○ در مواردیکه مادر در حال درمان با آنتی بیوتیک است داروی جدید اضافه نمی گردد. ○ در صورت مشخص نبودن گروه خون، نمونه خون برای تعیین گروه خون و ارهاش ارسال می شود. ○ برای پروفیلاکسی از ترومبو آمبولی بررسی ریسک مطابق پروتکل کشوری انجام می شود. ○ قبل از شروع سزارین، کاتتر فولی مثانه گذاشته می شود و حجم ادرار دقیقاً "اندازه گیری می شود. ○ توصیه به کوتاه کردن موهای زائد (شیو کردن توصیه نمی شود) در مواردیکه تمایل به از بین بردن کامل مو باشد استفاده از کرم موبر بهتر از تیغ می باشد. ○ پرپ و درپ پوست جدار شکم با کلر هگزین الکل یا محلول پوویدون آیدون انجام می شود. (کلر هگزین ارجحیت دارد) ○ در موارد پارگی کیسه آب و تعدد معاینه واژینال حین لیبر شتشی و واژن لازم است. ○ برای کاهش فشار روی آئورتوکاوال، رحم حداقل 15 درجه به سمت چپ بوسیله یک بالش کوچک یا پتوی رول شده یا تخت عمل 15 درجه به چپ متمایل می شود. ○ چک لیست ایمنی بیمار قبل از عمل تکمیل می شود.
4-2				اقدامات و ارزیابی بیهوشی حین انجام پروسیجر؟ ○ ویزیت بیماران سزارینی در اتاق عمل جهت انتخاب نوع بیهوشی با تأکید بر حفظ سلامت مادر و جنین انجام میشود. ○ با ورود مادر پرخطر به لیبر مشاوره بیهوشی برای انتخاب نوع بیهوشی

				انجام می شود. ○ مسئولیت انتخاب نوع بیهوشی یا بی حسی در سزارین به عهده متخصص بیهوشی است. (با مشورت جراح و کسب رضایت بیمار) ○ به دلیل برقراری ارتباط سریع مادر و نوزاد، بی دردی منطقه ای مانند اسپینال و اپیدورال در الویت می باشد. ○ مراقبت های بیهوشی قبل، حین و پس از سزارین مطابق پروتکل انجام می شود.	
5-2				اقدامات و ارزیابی تکنیکهای جراحی برای سزارین؟ پوست ○ برش جراحی روی شکم به دلیل درد کمتر و زیبایی پوست ترجیحا " عرضی انجام می شود. ○ برش عرضی پوست 3 سانتی متر بالاتر از سمفیز پوبیس و حداقل میزان برش طولی پوست 15 سانتی متر است. زیر پوست ○ لایه زیر پوست به آرامی و با انگشتان باز می شود (تر جیحا") ○ از چاقوهای جداگانه برای برش پوست و لایه های عمیق تر استفاده نمی شود. (این کار عفونت زخم را کاهش نمی دهد) فاشیا ○ برش جراحی کوچک با چاقو جراحی انجام می شود و سپس دو طرف با قیچی باز می شود (دو طرف فاشیا را می توان با انگشت نیز به آرامی باز کرد) پریتونئ ○ به منظور جلوگیری از آسیب به مثانه، روده و سایر ارگانها یی که احتمالا" به سطح زیرین چسبندگی دارند با انگشت به آرامی باز می شود. عضله رکتوس عضله به آرامی باز می شود و برش عرضی داده نمی شود. رحم ○ برای کاهش خونریزی پس از زایمان و کاهش نیاز به ترانسفیوژن خون، در زمانی که سگمان تحتانی تشکیل شده است، باز کردن برش رحم به آرامی انجام می شود. (2 درصد سزارین ها منجر به برش روی جنین می شود). ○ فورسپس و وکیوم فقط در زایمان سخت سر در سزارین استفاده می شود. (نه به صورت روتین) ○ هنگام سزارین به منظور تقویت انقباضات رحم و کاهش از دست رفتن	

- خونریزی 5 واحد اکسی توسین وریدی تزریق می شود.
 - پس از تولد انفوزیون داخل وریدی 20 واحد اکسی توسین به ازای هر لیتر کریستالوئید با سرعت 10 میلی لیتر در دقیقه پس از تولد تزریق می شود.
 - برش رحم از نظر خونریزی شدی بررسی و نقاط خونریزی فوراً "کلامپ می شود.
 - برای کاهش بروز آندومتریت جفت با کشش کنترل شده بند ناف خارج می شود نه بصورت دستی.
 - در صورت برش روی جفت به علت خونریزی شدید، زایمان و کلامپ بند نلف در اسرع وقت انجام می شود.
 - انسزیون رحم در دو لایه ترمیم می شود.
 - به منظور کوتاه شدن زمان عمل و کاهش نیاز به ضد دردها و افزایش رضایتمندی مادر پریتوئن احشایی جداری سوچور زده نمی شود.
 - (در موارد نادر با برش میدلاین شکم توصیه میشود کل لایه ها در یک لایه پیوسته و با نخ دیر جذب مثل ویکریل استفاده شود. این کار سبب کاهش میزان فتق ناحیه جراحی و بازشدگی کمتر محل بخیه ها می شود.)
 - سچور زدن زیر پوست فقط در مواردیکه چربی زیر مخاط بیش از 2 سانتی متر باشد توصیه می شود.
 - در موارد زیر اندازه گیری PH شریان نافی بعد از سزارین جنین های مشکوک به دیسترس **suspected fetal compromise** اندازه گیری شود تا در مراقبت های بعدی برای نوزاد کمک کننده باشد.
- عوامل پیش از زایمان:
- دیابت مادر
 - هیپرتانسیون دوران بارداری یا مزمن
 - پلی هیدرآمینوس و الیگوهایدرآمینوس
 - هیدروپس جنین
 - دیسترس جنینی
 - چندقلویی
 - عدم تناسب اندازه و سن جنین
 - درمان دارویی مانند لیتیوم، منیزیم، داروهای بلوک کننده آدرنژیک
 - استفاده از مواد مخدر توسط مادر
 - ناهنجاری های بدو تولد جنین
 - کاهش فعالیت جنین

				عوامل حین زایمان: ○ سزارین اورژانسی ○ زایمان با کمک فورسپس یا وکیوم ○ زایمان بریچ یا سایر حالاتهای غیر عادی ○ زایمان زودرس ○ زایمان تسریع یافته ○ کوریوآمنیونیت ○ پارگی بیش از 18 ساعت پرده ها ○ زایمان طول کشیده بیش از 18 ساعت ○ طولانی شدن بیش از 2 ساعت مرحله دوم زایمان ○ برادی کاردی طول کشیده جنین ○ اشکال غیر عادی ضربان قلب جنین ○ رحم هیپر تونیک ○ تجویز داروهای مخدر طی 4 ساعت پیش از زایمان ○ مایع آمنیون آغشته به مکونیوم ○ پرولاپس بند ناف ○ جفت سر راهی ○ جدا شدن زودرس جفت ○ خونریزی قابل توجه حین زایمان ○ ماکروزومی	
				اقدامات و ارزیابی بعد از انجام پرویسجر؟ آیا مراقبت های زیر با توجه به اندیکاسیونهای فوق که نوزاد حاصل از سزارین پر خطر تلقی می شود و انجام می گردد؟ ○ آیا آمادگی و چک وسایل بر اساس چک لیست کتاب احیاء نوزادان از نظر سالم بودن و در دسترس بودن کلیه اقلام مورد نیاز برای تثبیت و احیای نوزاد قبل از زایمان انجام شده است؟ ○ آیا برای حفاظت از نوزاد شرایط اتاق عمل جهت مراقبت از نوزاد بر اساس استاندارد مهیا می باشد؟ (درجه حرارت اتاق عمل بین 23 الی 25 درجه سانتیگراد باشد) ○ آیا بر حسب شرایط نوزاد و با اطلاع رسانی متخصص زنان و زایمان به پزشک ارشد مقیم نوزادان یا متخصص کودکان جهت حضور در اتاق عمل اقدام می شود؟	6-2

				(دستیار کودکان سال 2 و 3 یا متخصص کودکان یا دستیار فوق تخصصی نوزادان یا فوق تخصص نوزادان) آیا پس از تولد: ○ اقدامات تثبیت و احیاء بر اساس وضعیت بالینی نوزاد انجام می گیرد. ○ تماس پوست با پوست برقرار می شود. ○ سر نوزاد بالا فاصله با پوشش مناسب پوشانده می شود. ○ به منظور حفظ درجه حرارت نوزاد و تأمین ارتباط نزدیکتر بین مادر و نوزاد و شروع شیر دهی در ساعت اول، آیا مادر و نوزاد با یک کاور پوشش داده می شوند؟ ○ آیا علائم حیاتی نوزاد بر اساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در ساعت اول هر 15 دقیقه چک می شود؟ ○ آیا در مورد انتقال نوزاد به بخش (rooming in، نوزادان یا NICU) بر اساس ارزیابی نوزاد و صلاحدید پزشک اطفال و اقدامات انجام شده در اتاق عمل اقدام می شود؟ ○ آیا تزریق واکسن و ویتامین kبه بعد از ساعت اول موکول می گردد؟	
				مراقبت در ریکاوری: ○ آیا علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هر یک ربع، در ساعت اول انجام می شود؟ ○ تجویز مسکن 24 ساعت پس از سزارین: ○ آیا شیاف دیکلوفناک یک دوز (در صورت نیاز هر 8 ساعت تکرار) حداکثر 150 میلی گرم روزانه تجویز می شود. - یا ○ استامینوفن وریدی 1 گرم هر 6 ساعت تجویز می شود. - یا ○ استامینوفن خوراکی یک عدد هر 3-4 ساعت - یا ○ پتیدین عضلانی 25-50 میلی گرم هر 4 ساعت - یا ○ Ketorolac 60 میلی گرم عضلانی تک دوز یا 30 میلی گرم وریدی هر 6 ساعت حداکثر تا 120 میلی گرم	3

- آیا در صورت تهوع، پروممتازین 25-50 میلی گرم هر 4 ساعت IM یا هر 6 ساعت وریدی تجویز می شود؟
- آیا قبل از تجویز دوز بعدی مخدرها علائم حیاتی مادر به دقت بررسی می شود؟ (به دلیل تضعیف سیستم تنفسی بعد از دریافت مخدر)
- آیا برحسب مورد بیمار 8-24 ساعت NPO باقی می ماند و یک تا دو نوبت اول با رژیم آبکی شروع می شود؟
- آیا سوند فولی مادر در صورت مطلوب بودن وضعیت همودینامیک و برون ده ادراری، 12 ساعت بعد خارج می شود؟
- آیا 8-12 ساعت بعد از عمل بیمار تشویق به سرفه و نفس های عمیق و تکان دادن پا در بستر و راه رفتن با کمک می شود؟
- آیا بیمار روزانه و قبل از عمل ویزیت می شود؟
- آیا صبح پس از جراحی و قبل از ترخیص هموگلوبین مادر چک می شود؟ (در صورت وجود خونریزی یا شواهد هیپوولمی زودتر اندازه گیری شود)
- آیا در صورت نیاز تزریق ایمونوگلوبولین آنتی D صبح روز بعد از عمل تزریق می شود؟
- آیا به مادر آموزش های مراقبت از نوزاد، شیردهی، مراقبت از بخیه ها، فعالیت های معمول، علایم خطر و زمان مراجعات بهداشتی به مادر آموزش داده می شود؟

مراقبت ها در بخش پس از زایمان:

- آیا علائم حیاتی، تون رحم، حجم ادرار و خونریزی هر یک ساعت به مدت 4 ساعت و پس از آن هر 4 ساعت به مدت 24 ساعت بررسی و در پرونده ثبت می گردد؟
- آیا روش های تجویز مسکن در ریکاوری به یکی از اشکال زیر انجام می گیرد؟
- مپریدین (پتدین) داخل وریدی 25 میلی گرم در صورت نیاز هر 5 دقیقه تا 100 میلی گرم
- یا
- مرفین داخل وریدی 1-2 میلی گرم در صورت نیاز تکرار هر 5 دقیقه حداکثر 5-10 میلی گرم (بر اساس وزن مادر)
- آیا مقدار خونریزی از وزن مطابق دستورالعمل به دقت پایش و در پرونده ثبت می شود؟
- آیا بیمار به تنفس عمیق و سرفه تشویق می شود؟
- آیا میزان ادرار در طول مدت حضور بیمار در واحد ریکاوری به دقت پایش و

				ثبت می گردد؟ ○ شرایط انتقال به بخش پس از سزارین: ○ آیا مادر هوشیاری کامل خود را به دست آورده است؟ (صحبت کردن و در صورت اسپینال، برگشت حرکت پا) ○ آیا فشار خون رضایت بخش میباشد؟ ○ آیا جریان ادرار حداقل 30 میلی لیت در ساعت برقرار شده است؟	
5				عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت: ○ آیا به ازای هر دو بیمار یک متخصص بیهوشی به منظور مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل جراحی وجود دارد؟ ○ آیا به ازای هر سزارین دو پرستار (کاردان به بالا) به منظور آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل وجود دارد؟ ○ آیا به ازای هر سزارین یک هوشبری (کاردان به بالا) به منظور مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی وجود دارد؟ ○ آیا به ازای هر سزارین یک کارشناس مامایی به منظور مراقبت از نوزاد بالافاصله بعد از به دنیا آمدن و مراقبت از مادر وجود دارد؟	
6				آیا اتاق عمل دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت است؟	
7				آیا دستور (ORDER) انجام سزارین توسط افراد دارای صلاحیت انجام می شود؟	
8				آیا پروسیجر انجام سزارین توسط افراد دارای صلاحیت انجام می شود؟	
9				آیا تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت وجود دارد؟ ○ تخت اتاق عمل با ملحقات، دستگاه بیهوشی، پالس اکسی متری مادر و نوزاد، ست احیاء مادر و نوزاد، وارمر نوزاد، ترازو و بلندر.	
10				آیا داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت وجود دارد؟ ○ یک عدد نیدل اسپینال ○ یک عدد ست اپیدورال ○ پنج عدد دستکش استریل ○ 40 سی سی بتادین ○ چهار عدد سرنگ 2، 5 و 10 ○ چهار عدد سرسوزن	

				○ دو عدد آنژیوکت ○ یک عدد ست پانسمان (رسیور، پنس ست، پنبه و گاز) ○ دو عدد آب مقطر ○ 500 سی سی سرم نرمال سالین ○ یک عدد شان پرفوره ○ 20 سی سی الکل ○ یک عدد ست پرپ ○ کلمپ بند ناف 2 (دوقلویی 4) ○ یک عدد پروپ پال اکسی متری ○ بوار برای هر نوزاد یک عدد ○ شش عدد نخ بخیه ○ یک عدد چسب پانسمان ○ چهار عدد چسب آنژیوکت ○ دو عدد دستکش پرپ ○ دو عدد ست سرم ○ بیست عدد گاز خط دار ○ شش عدد لنگاز ○ ده عدد گاز ساده ○ یک عدد ست اسپاینال ○ دو عدد بیستوری ○ دو عدد لوله ساکشن ○ پنج عدد اکسی توسین ○ سه عدد چسب لید ○ داروهای بیهوشی (مارکائین، لیدوکائین، پروپوفول، پتدین و ...) ○ یک عدد ماسک اکسیژن ○ دو عدد سوند نلاتون ○ یک عدد سوند فولی ○ یک عدد کیسه ادرار ○ یک پگ سزارین ○ دو عدد حوله نوزاد ○ یک عدد پیش بند ○ سه عدد گان استریل (با توجه به تعداد جراح) ○ یک عدد گان بیمار ○ یک عدد کلاه بیمار
--	--	--	--	--

				○ دو عدد کلاه پزشکی (با توجه به تعداد پزشک) ○ پنج عدد ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	
				آیا استانداردهای ثبت رعایت می شود؟ ○ تشخیص قبل از عمل، تشخیص بعد از عمل، نوع عمل، روش باز شدن پوست، باز شدن فاشیا و پریتوئن، وجود یا عدم وجود چسبندگی در فاشیا، اومنتوم، مثانه، خلف رحم و روده ها. داشتن یا نداشتن سابقه انسزیون رحم. روش برش سگمان تحتانی (عرضی، طولی، کلاسیک و خلف رحم). پرزانتاسیون نوزاد. کامل خارج شدن جفت. طبیعی بودن جفت. چسبندگی جفت. خونریزی محل جفت. وجود/عدم وجود آنومالی مولرین رحم. ارسال/عدم ارسال Ph, PCO2, ABG بیکربنات، نوع نخ در ترمیم رحم، بررسی تخمدان و لوله، نوع نخ استفاده شده در ترمیم سرروز مثانه، شستشو/عدم شستشو داخل شکم، صحیح اعلام شدن شمارش اول توسط پرسنل، گذاشتن/عدم گذاشتن درن داخل شکم. آسیب/عدم آسیب روده. آسیب/عدم آسیب مثانه. ترمیم/عدم ترمیم و نوع نخ در پریتوئن جداری. انجام/عدم انجام ترمیم عضله و نوع نخ. ○ خونگیری زیر فاشیا انجام شد. نوع نخ در ترمیم فاشیا. خونگیری زیر جلد انجام شد. ○ بستن/نبستن زیر جلد، نام و نوع نخ و روش دوخته شدن پوست، نام دو نفر و تعداد شمارش گاز و لنگاز و چک وسایل انجام شد. بیمار با حال عمومی خوب/بد تحویل ریکاوری داده شد. ○ CLEAR یا BLOODY بودن ادرار داخل بگ ثبت می شود. ○ مقدار خونریزی واژینال طبیعی/بیشتر از طبیعی ثبت می شود.	11
				آیا اندیکاسیون های مادری جهت تجویز پروسیجر رعایت می شود؟ ○ سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی) و سرکلاژ داخل شکمی و سابقه ترمیم فیستول و زیکوواژینال، پارگی درجه 3 و 4 با بی اختیاری مدفوع، ساکروهیستروپکسی، هرگونه مش واژینال درمان بی اختیاری ادرار با پرولاپس قدامی اپیکال ○ اختلالات لانه گزینی جفت (سرراهی، چسبنده، آکرتا، اینکرتا و پرکرتا) ○ پرزانتاسیون بند ناف و وازوپروپا و پرولاپس بندناف	12

- دکولمان جفت
- خونریزی شدید واژینال مادرو به مخاطره افتادن جان مادر
- عفونت مادری با هرپس ژنیتال فعال یا علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری
- HIV مثبت
- هرگونه توده خوش خیم و بد خیم در مسیر کانال زایمان که باعث انسداد در مسیر زایمان واژینال شود.
- کانسر مهاجم سرویکس
- سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر و برادر یا خویشاوندان درجه 1 و 2 و شک به گرفتاری جنین
- اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری اورژانس و سرویکس نامطلوب یا عدم پاسخ با القای لیبر با نظر و صلاحدید پزشک مسؤول مطابق پروتکل پره اکلامپسی
- بیماریهای زمینه ای (اعم از قلبی یا ریوی و مادر با توجه به پروتکل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان)
- در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیاء موفق نباشد. از 3 تا 4 دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.
- دفورمیتی های بارز لگن، دیستوشی، عدم پیشرفت سیر زایمانی یا (CPD عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو (مطابق فرم پارتوگراف و پروتکل کشوری)
- تبصره: اندیکاسیون دفورمیتی های بارز لگن، قبل از بستری جهت انجام سزارین با تأیید کمیته فنی سازمان های بیمه گر امکان پذیر می باشد.
- در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان اصرار می ورز؛ انجام سزارین بالامانع است اما تحت پوشش بیمه نمی باشد.

آیا اندیکاسیون های جنینی در تجویز سزارین رعایت می شود؟

- بارداری چند قلوبی
- دیسترس جنین، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان
- تأخیر رشد داخل رحمی جنین مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان (اختلالا ترشد جنینی شدید همراه با داپلر عروقی مختل - Absent reverse)

			○ آنومالی قابل درمان جنینی که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو و دیستوشی های زایمان می شود. (مثل مننگومیلوسل، گاستروشیزیس، آنسفالوسل، تراتوم ساکروم و گردن، هیدروسفالی و...) ○ نمایش غیر طبیعی پایدار جنین مثل نمایش صور، پیشانی، عرضیو نمایش بریج ○ نوزاد نارس (24 تا 37 هفته) که پس از تولد احیا شده و لوله گذاری انجام شده است. ○ نوزاد نارس (24 تا 37 هفته) که پس از تولد با NCPAP تثبیت شده و نیاز به افزایش فشار CPAP تا cmhg8 و افزایش FIO2 به بیش از 30 تا 40 درصد داشته است. ○ نوزاد نارس (24 تا 37 هفته) در 48 ساعت اول تولد با علائم رادیوگرافی تیپیک RDS ○ بیماریهای تنفسی در نوزاد نارس (24 تا 37 هفته) نیازمند لوله گذاری با نظر پزشک فوق تخصص نوزادان	
14	آیا مدت زمان ارائه خدمت رعایت می شود؟		○ متخصص زنان و زایمان: حداقل 30 دقیقه و به طور متوسط 2 ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین ○ متخصص اطفال: حداقل 30 دقیقه و به طور متوسط 21 ساعت با توجه به شرایط نوزاد ○ متخصص هوشبری: حداقل 45 دقیقه و به طور متوسط 1.5 ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین ○ کارشناس هوشبری: حداقل 45 دقیقه و به طور متوسط 1.5 ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین (اسکراپ و سیرکولر) ○ کارشناس اتاق عمل: حداقل 45 دقیقه و به طور متوسط 1.5 ساعت با توجه به شرایط مادر و اندیکاسیون سزارین ○ کارشناس ماما: حداقل 30 دقیقه و به طور متوسط 1.5 ساعت با توجه به شرایط مادر و نوزاد	
15	آیا مدت اقامت در بخش های مختلف بستری بعد از سزارین رعایت می شود؟		○ ترخیص 48 ساعت بعد از سزارین (در صورت صلاحدید پزشک در مادر بدوت تب و مشکل بعد از 24 ساعت نیز میتوان ترخیص کرد) ○ ترخیص در موارد پره اکلامپسی 72 ساعت بعد از سزارین می باشد.	

آیا موارد ضروری به بیمار داده می شود؟

- آموزش مراقبت از خود پس از زایمان (مراقبت های پس از عمل، تغذیه، دفع ادرار و مدفوع، بهداشت فردی، مراقبت از زخم و پیشگیری از ترومبوآمبولی، اندوه پس از زایمان)
- آموزش مراقبت از نوزاد
- آموزش شیردهی
- آموزش زمان مراجعه مجدد (به خصوص در مادران پر خطر مانند تب، بیماری قلبی، دیابت، فشارخون و ...)
- در مواردی که مادر پر خطر پس از زایمان نیاز به مصرف دارو دارد (دیابت، فشارخون، قلبی و ...) می بایست آموزش های لازم را برای ادامه مراقبت ها و درمان های دارویی دریافت نمایند.

مهر و امضاء واحد ارزیابی شونده