



دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

گروه مامایی

دفترچه ثبت روزانه عملکرد بالینی دانشجویان کارشناسی مامایی

Log Book

واحد: در عرصه بیماری های داخلی و جراحی دربارداری

اطلاعات دانشجو:

نام: نام خانوادگی: سال ورود:  
شماره دانشجویی: ترم: تاریخ شروع دوره: تاریخ اتمام دوره:  
نام مربی:

## هدف از تکمیل Log book:

ثبت و جمع‌آوری فعالیت‌های علمی دانشجویان را در این واحد درسی فراهم می‌آورد و ابزاری جهت ارزشیابی فعالیت‌های علمی دانشجویان و همچنین برنامه آموزشی گروه مامایی نیز می‌باشد. در نهایت باعث ارتقاء و کیفیت آموزشی دانشجویان گروه مامایی می‌گردد.

## نحوه تکمیل Log book:

- تکمیل دفترچه از همان ابتدای کارآموزی شروع گردد.
- دانشجو در تمام طول روزهای دوره کارآموزی دفترچه را همراه داشته باشد.
- دفترچه به صورت روزانه تکمیل گردد و در اولین زمان ممکن توسط استاد مربوطه تأیید گردد.
- در هر زمانی که گروه آموزشی بررسی و ارزیابی دفترچه را ضروری بداند، دانشجو موظف است آن را به گروه تحویل دهد.
- در پایان دوره کارشناسی ارائه مجموعه تکمیل شده جهت شرکت در امتحان جامع و انجام امور فارغ‌التحصیلی الزامی است.

## مقررات مورد توجه:

- در تکمیل این دفترچه نظم و دقت لازم را داشته باشید.
- نهایت سعی و تلاش خود را در حفظ و نگهداری آن به عمل آورید.
- پوشیدن یونیفرم طبق مقررات الزامی است.
- کوتاه نگهداشتن ناخن، عدم استفاده از زیورآلات و نداشتن آرایش الزامی است.
- رعایت شئونات اسلامی، اخلاقی و حرفه‌ای در برخورد مناسب با بیماران، همکاران و همراه بیمار مورد نظر است.
- خروج از بخش یا درمانگاه فقط در شرایط خاص و صرفاً با اجازه استاد مربوطه صورت می‌گیرد.
- غیبت در کارآموزی مجاز نمی‌باشد و در صورت غیبت در جلسه شورای آموزشی دانشکده مطرح می‌گردد.
- دانشجویان تکالیف خود را در زمان مقرر تهیه و ارائه نمایند.

## هدف کلی آموزش:

ایجاد مهارت در دانشجویان برای تشخیص بیماری‌های داخلی و جراحی در مادران باردار و نحوه اداره و درمان آن‌ها و همچنین عوارض احتمالی این بیماری‌ها در مادر باردار و جنین نوزاد و نحوه پیشگیری و کاهش این عوارض و دادن آموزش و مشاوره لازم در این خصوص.

## فهرست فعالیت‌های دانشجویان در این واحد درسی:

- تهیه شرح حال دقیق از ۱۵ مادر باردار دارای بیماری‌های داخلی و جراحی

- ۲) انجام معاینات فیزیکی کامل آن‌ها
- ۳) تشخیص موارد غیر طبیعی در شرح حال و معاینه
- ۴) درخواست آزمایشات لازم براساس نیاز
- ۵) تجزیه و تحلیل موارد غیر طبیعی آزمایشات پاراکلینیکی مهم
- ۶) تجزیه و تحلیل و شناخت تغییرات آزمایشات پاراکلینیکی مهم در بارداری و تفسیر آن
- ۷) کسب سریع اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیمار
- ۸) ارائه گزارش صحیح و دقیق از وضعیت بیمار به مربی
- ۹) تشخیص و مشاهده، اداره و درمان اورژانس‌های داخلی و جراحی در بارداری
- ۱۰) تشخیص با توجه به شرح حال و معاینه فیزیکی، درخواست، تفسیر آزمایشات و پاراکلینیک و همچنین مشاوره و بررسی درمان آن‌ها به انضمام مراقبت‌های لازم، ارائه آموزش‌های مورد نیاز، شناخت داروهای مربوطه و ... شامل ۱۲ مورد داخلی (از هر دستگاه ۲-۳ مورد) و ۳ مورد جراحی
- ۱۱) دادن آموزش‌های لازم به مادر
- ۱۲) برنامه‌ریزی مراقبت‌های بارداری در این مادران تا انتهای بارداری
- ۱۳) انجام یک فرآیند مراقبتی توسط هر دانشجو
- ۱۴) شرکت در جلسات پرسش و پاسخ روزانه با آمادگی قبلی مطالعه مباحث نظری که مربی تعیین کرده است.

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | رتبه |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | تهیه شرح حال از ۱۵ مادر بارداری دارای بیماری‌های داخلی و جراحی | ۱    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | رتبه |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | انجام معاینات فیزیکی کامل ۱۵ زن باردار مبتلا به بیماری‌های داخلی و جراحی | ۲    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | رتبه |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | تشخیص موارد غیر طبیعی در شرح حال معاینه همان ۱۵ مورد | ۳    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت   | رتبه |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|---|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | تشخیص و مشاهده، اداره و درمان اورژانس‌های داخلی و جراحی در بارداری<br>۱۵ مورد | ۴    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |   |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |   |      |

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | رتبه |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | درخواست آزمایش لازم تجزیه و تحلیل آزمایشات تجزیه و تحلیل پاراکلینیک ارائه گزارش صحیح و دقیق به مربی<br>۱۵ مورد | ۵    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |



| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | ردیف |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | <p>برنامه ریزی مراقبت بارداری تا انتهای بارداری برای این کیس های خاص داخلی و جراحی</p> <p>همان ۱۵ مورد</p> | ۶    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |

| ملاحظات استاد | نام و نام خانوادگی و امضاء استاد یا پرسنل مربوطه | تاریخ انجام مهارت | شماره پرونده | نام و نام خانوادگی بیمار | نام مرکز | ارزشیابی استاد |       |     | حداقل موارد ضروری | نام مهارت  | ردیف |
|---------------|--|-------------------|--------------|--------------------------|----------|----------------|-------|-----|-------------------|--|------|
|               |  |                   |              |                          |          | ضعیف           | متوسط | خوب |                   |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 | ارائه آموزش‌های لازم به مادران باردار<br><br>۱۰ مورد | ۷    |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۲                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۳                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۴                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۵                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۶                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۷                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۸                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۹                 |  |      |
|               |  |                   |              |                          |          |                |       |     | ۱۰                |  |      |

شرح فعالیت‌های پژوهشی و انجام صحیح تکالیف:

ارزشیابی نهایی:

|   |
|---|
| نمره کار عملی: ۱۷ نمره                          |
| نمره تکلیف و پرسش و پاسخ: ۲                     |
| نمره تکمیل دفترچه: ۱                            |
| عدم رعایت هر یک از مقررات ذکر شده در دفترچه: ۱- |

امضاء دانشجو:

امضاء مربی:

امضاء مدیر گروه:

امضاء معاون آموزشی: