



برنامه آموزشی و LOG BOOK دوره کارورزی بخشی زنان



تدوین:

دانشگاه علوم پزشکی به

معاونت آموزشی دانشکده پزشکی به

محتویات این فرم محرمانه بوده و در دفتر آموزش بیمارستان بایگانی میگردد و تنها نمره نهایی ارسال میگردد

ارزیابی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی // استاد:.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نوع فعالیت | ملاک های ارزیابی طیف نمره | نمره | ملاحظات |
|--|---|------------------|---------|
| فعالیت های آموزشی و رعایت و اخلاق و قوانین پزشکی (۱۴ نمره) | حضور کوشا در کلاسهای درس و گردشهای بالینی (نمره) | | |
| | حضور بموقع و فعال در درمانگاه (نمره) | | |
| | تکمیل شرح حال و انجام معاینه فیزیکی (نمره) | | |
| | تکمیل پرونده پزشکی بیمار (نمره) | | |
| | تکمیل لامبوک | | |
| ارزیابی درون بخشی (۶ نمره) | رعایت نظم و مقررات آموزشی (با توجه به آئین نامه داخلی) (نمره) | | |
| | رعایت اخلاق حرفه ای و اسرار پزشکی (نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | کوئیز (نمره) | | |
| | سوالات یا آزمون شفاهی (نمره) | | |
| | ارزیابی عملی (نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | | | |
| نمره عملی کارورز | | | |
| آزمون کتبی پایان بخش | | نمره کتبی کارورز | |
| نمره کارورز از نظر استاد مربوطه (امضاء و مهر تأیید) | | | |

ارزیابی عملکرد بالینی میان دوره.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نکات مثبت و منفی در ارزیابی عملکرد دانشجو در ماه اول | |
|--|--|
| ۱- | |
| ۲- | |
| ۳- | |
| ۴- | |
| ۵- | |

ارزیابی نهایی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نمره نهایی کارورز | مجموع نمرات | | استاد ۴ | | استاد ۳ | | استاد ۲ | | استاد ۱ | |
|-------------------|-------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
| | کتبی | غیر کتبی | کتبی | غیر کتبی | کتبی | غیر کتبی | کتبی | غیر کتبی | کتبی | غیر کتبی |
| | | | | | | | | | | |

امضاء و مهر مدیر گروه

برنامه آموزشی دوره کارورزی زنان و زایمان به همت گروه زنان و زایمان، معاونت آموزشی دانشکده پزشکی انجام شده است. قسمتی از این برنامه آموزشی جهت راهنمایی و ثبت فعالیتهای یادگیری دانشجو و بر نامه آموزشی گروه تهیه گردیده است که امکان ارزشیابی فعالیتهای یادگیری و تعیین نقاط قوت و ضعف را فراهم می کند تا دانشجو را پس از پایان دوره ارزیابی نماید. که آیا اهداف یادگیری گروه محقق شده است یا خیر، لذا تکمیل دفترچه فوق ضروری می باشد و عدم تکمیل آن سبب کسر نمره و عدم ارزیابی از طرف گروه خواهد شد.

اساتید بخش:

| | |
|---------------------|--------------------------|
| مدیر گروه زنان | ۱- دکتر محدث پیدایش |
| هیئت علمی گروه زنان | ۲- دکتر یاسمین مهرالحسنی |
| هیئت علمی گروه زنان | ۳- دکتر ماریا نظام نیا |

آدرس گروه:

شناسنامه درس:

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| نام درس: کارورزی زنان و زایمان | شماره درس: |
| تعداد واحد: ۸ | نام مسئول دوره: دکتر محدث پیدایش |
| زمان برگزاری: | مکان برگزاری: |

عناوین

| | |
|----|--|
| ۲ | تعریف دوره |
| ۲ | اهداف کلی کارآموزی |
| ۶ | سرفصل و محتوای دروس |
| ۸ | کنفرانسهای گروه زنان |
| ۱۰ | اندیکاسیونهای ارجاع در دوران بارداری |
| ۱۱ | روش آموزشی |
| ۱۳ | زمانبندی اجرای برنامه آموزشی |
| ۱۵ | شرح وظایف |
| ۱۵ | روش ارزشیابی پیشرفت تحصیلی |
| ۱۶ | فعالیتهای آموزشی و ضوابط آموزش کارآموز آقا ... |
| ۱۷ | شرایط تجدید بخش |
| ۱۷ | منابع و مراجع |
| ۱۸ | چک لیست (Log Book) |

محتویات این فرم محرمانه بوده و در دفتر آموزش بیمارستان بایگانی میگردد و تنها نمره نهایی ارسال میگردد

ارزیابی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی // استاد:.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نوع فعالیت | ملاک های ارزیابی طیف نمره | نمره | ملاحظات |
|--|---|------------------|---------|
| فعالتهای آموزشی و رعایت اخلاق و قوانین پزشکی (۱۴ نمره) | حضور کوشا در کلاسهای درس و گردشهای بالینی(۲نمره) | | |
| | حضور بموقع و فعال در درمانگاه(۲نمره) | | |
| | تکمیل شرح حال و انجام معاینه فیزیکی(۲نمره) | | |
| | تکمیل پرونده پزشکی بیمار(۲نمره) | | |
| | تکمیل لاجبوک | | |
| | رعایت نظم و مقررات آموزشی (با توجه به آئین نامه داخلی)(۲نمره) | | |
| ارزیابی درون بخشی (۶ نمره) | رعایت اخلاق حرفه ای و اسرار پزشکی(۲نمره) | | |
| | کوئیز(۳نمره) | | |
| | سوالات یا آزمون شفاهی(۳نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | | | |
| نمره عملی کارورز | | | |
| آزمون کتبی پایان بخش | | نمره کتبی کارورز | |
| نمره کارورز از نظر استاد مربوطه (امضاء و مهر تائید) | | | |

محتویات این فرم محرمانه بوده و در دفتر آموزش بیمارستان بایگانی میگردد و تنها نمره نهایی ارسال میگردد

ارزیابی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی // استاد:.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نوع فعالیت | ملاک های ارزیابی طیف نمره | نمره | ملاحظات |
|--|---|------------------|---------|
| فعالتهای آموزشی و رعایت اخلاق و قوانین پزشکی (۱۴ نمره) | حضور کوشا در کلاسهای درس و گردشهای بالینی(۲نمره) | | |
| | حضور بموقع و فعال در درمانگاه(۲نمره) | | |
| | تکمیل شرح حال و انجام معاینه فیزیکی(۲نمره) | | |
| | تکمیل پرونده پزشکی بیمار(۲نمره) | | |
| | تکمیل لاجبوک | | |
| | رعایت نظم و مقررات آموزشی (با توجه به آئین نامه داخلی)(۲نمره) | | |
| ارزیابی درون بخشی (۶ نمره) | رعایت اخلاق حرفه ای و اسرار پزشکی(۲نمره) | | |
| | کوئیز(۳نمره) | | |
| | سوالات یا آزمون شفاهی(۳نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | | | |
| نمره عملی کارورز | | | |
| آزمون کتبی پایان بخش | | نمره کتبی کارورز | |
| نمره کارورز از نظر استاد مربوطه (امضاء و مهر تائید) | | | |

تعریف دوره:

دوره کارورزی زنان و زایمان یک دوره اجباری ۲ ماهه به ارزش ۸ واحد می باشد و جهت محقق شدن اهداف آموزشی در بخش، درمانگاه و اورژانس زنان و اتاق عمل برگزار می گردد.

اهداف کلی:

توانایی شناسایی و انجام اقدامات لازم در موارد شایع و اورژانس زنان و زایمان.

اهداف میانی

دانش لازم را طبق سرفصلهای آموزشی در جدول ضمیمه داشته باشد.

- ۱- تظاهرات بالینی، روشهای ارزیابی و تشخیص بیماران با رویکردهای اولیه به درمانهای مدیکال اورژانس و اقدامات نگهدارنده را بداند.
- ۲- Self development & professionalism را بداند و انجام دهد.
- ۳- توانایی گرفتن شرح حال، انجام معاینه بالینی، تفسیر تاریخچه بالینی و ثبت یافته ها را داشته باشد.
- ۴- مواردی که نیاز به مراقبتهای اورژانس دارد مشاهده و بتواند شرح دهد و با داروهای مورد نیاز آشنا باشد.
- ۵- مبانی غربالگری و پیشگیری از بیماریها و ارتقاء سلامت در جامعه بداند.
- ۶- چگونگی انجام مشاوره و ارائه خدمت در زمینه تنظیم خانواده، بهداشت باروری و شیردهی و تغذیه کودک را بداند.

اهداف جزئی:

الف- حیطه دانش:

- ۱- کنفرانسها و راندهای آموزشی ارائه شده را که براساس آخرین چاپ کل کتاب دنفورث را بداند.
- ۲- تظاهرات بالینی و روشهای ارزیابی و تشخیص بیماران و رویکردهای اولیه به درمان های مدیکال اورژانس و اقدامات نگهدارنده را بداند.

ب- حیطه مهارتی:

- ۱- بتواند از بیماران شرح حال بگیرد و معاینه فیزیکی کامل شامل معاینه واژینال و توشه رکتال را انجام دهد.
- ۲- بتواند بیمار زائو را از زمان بستری تا زمان زایمان طبیعی (NVD) و بعد از زایمان تا مرخص شدن مدیریت کند. (مانیتورینگ شامل معاینات در مراحل مختلف زایمان، گوش دادن به FHT، نحوه تجویز اکسی توسین و منیزیم سولفات و بررسی وضعیت انقباضات رحمی می باشد).
- ۳- بتواند صدای قلب جنین را با سونی کید یا گوشی پییارد بشنود.
- ۴- با تکنیکهای ارزیابی سلامت جنین (NST، OCT،) مستقیماً آشنا شود و بتواند به خوبی آنها را ارزیابی کند و تصمیمات مناسب را اتخاذ کند.
- ۵- بتواند زایمان طبیعی را انجام دهد.
- ۶- بتواند اپی زیاتومی را انجام دهد.
- ۷- بتواند مراقبتهای قبل از زایمان (Prenatal) را انجام دهد.
- ۸- بیمار مبتلا به دردهای زودرس زایمانی را ویزیت کند و چگونگی درمان را بطور کامل شرح دهد.
- ۹- بیمار مبتلا به زایمان دیررس را ویزیت کند و چگونگی درمان را بطور کامل شرح دهد.
- ۱۰- بیمار مبتلا به بیماران قلبی در طی حاملگی را ویزیت کند، چگونگی برخورد با این بیماران بطور سرپایی و بستری را به طور کامل شرح دهد.
- ۱۱- بیمار مبتلا به دیابت در طی حاملگی را ویزیت کند، چگونگی برخورد با این بیماران بطور سرپایی و بستری را بطور کامل شرح دهد.
- ۱۲- بیمار حاملگی چندقلویی را ویزیت کند و چگونگی درمان و نحوه زایمان را بطور کامل شرح دهد.
- ۱۳- بتواند مراقبت های لازم از زنان جامعه مبتلا به بیماریهای کلیوی، غددی و صرع را مدیریت کند.
- ۱۴- بتواند اکثریت داروهای مجاز و داروهای با منع مصرف در حاملگی را نام ببرد.
- ۱۵- بتواند احیای نوزاد را انجام دهد.
- ۱۶- بتواند مراقبت های دوره نفاس (بعد از زایمان) را انجام دهد.

محتویات این فرم محرمانه بوده و در دفتر آموزش بیمارستان بایگانی میگردد و تنها نمره نهایی ارسال میگردد

ارزیابی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی // استاد:.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نوع فعالیت | ملاک های ارزیابی طیف نمره | نمره | ملاحظات |
|--|---|------------------|---------|
| فعالتهای آموزشی و رعایت اخلاق و قوانین پزشکی (۱۴ نمره) | حضور کوشا در کلاسهای درس و گردشهای بالینی(۲نمره) | | |
| | حضور بموقع و فعال در درمانگاه(۲نمره) | | |
| | تکمیل شرح حال و انجام معاینه فیزیکی(۲نمره) | | |
| | تکمیل پرونده پزشکی بیماران(۴نمره) | | |
| | تکمیل لاجبوک | | |
| | رعایت نظم و مقررات آموزشی (با توجه به آئین نامه داخلی)(۲نمره) | | |
| | رعایت اخلاق حرفه ای و اسرار پزشکی(۲نمره) | | |
| ارزیابی درون بخشی (۶ نمره) | کوئیز(۳نمره) | | |
| | سوالات یا آزمون شفاهی(۳نمره) | | |
| | ارزیابی عملی(۳نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | | | |
| نمره عملی کارورز | | | |
| آزمون کتبی پایان بخش | | نمره کتبی کارورز | |
| نمره کارورز از نظر استاد مربوطه (امضاء و مهر تأیید) | | | |

محتویات این فرم محرمانه بوده و در دفتر آموزش بیمارستان بایگانی میگردد و تنها نمره نهایی ارسال میگردد

ارزیابی عملکرد بالینی کارورز در گروه آموزشی // استاد:.....

نام و نام خانوادگی کارورز [] تاریخ ارزیابی []

| نوع فعالیت | ملاک های ارزیابی طیف نمره | نمره | ملاحظات |
|--|---|------------------|---------|
| فعالتهای آموزشی و رعایت اخلاق و قوانین پزشکی (۱۴ نمره) | حضور کوشا در کلاسهای درس و گردشهای بالینی(۲نمره) | | |
| | حضور بموقع و فعال در درمانگاه(۲نمره) | | |
| | تکمیل شرح حال و انجام معاینه فیزیکی(۲نمره) | | |
| | تکمیل پرونده پزشکی بیماران(۴نمره) | | |
| | تکمیل لاجبوک | | |
| | رعایت نظم و مقررات آموزشی (با توجه به آئین نامه داخلی)(۲نمره) | | |
| | رعایت اخلاق حرفه ای و اسرار پزشکی(۲نمره) | | |
| ارزیابی درون بخشی (۶ نمره) | کوئیز(۳نمره) | | |
| | سوالات یا آزمون شفاهی(۳نمره) | | |
| | ارزیابی عملی(۳نمره) | | |
| مجموع نمرات اخذ شده | | | |
| نمره عملی کارورز | | | |
| آزمون کتبی پایان بخش | | نمره کتبی کارورز | |
| نمره کارورز از نظر استاد مربوطه (امضاء و مهر تأیید) | | | |

- بتواند در مورد شروع روشهای جلوگیری از بارداری و نوع آن بعد از زایمان تصمیم‌گیری کند.

۱۸- بیمار مبتلا به ماستیت بعد از زایمان را ویزیت کند و چگونگی پیگیری درمان را بطور کامل شرح دهد.

۱۹- بیمار مبتلا به عفونتهای نفاسی را ویزیت کند و چگونگی پیگیری درمان را بطور کامل شرح دهد.

۲۰- بیمار مبتلا به ترومبوفلیت بعد از زایمان را ویزیت کند و چگونگی پیگیری بیمار از نظر تشخیص و درمان را بطور کامل شرح دهد.

۲۱- بیماران مبتلا به خونریزی رحمی غیرطبیعی (AUB) را در سنین مختلف (قبل از بلوغ، دوران بلوغ، دوران بارداری، دوران یائسگی، و بعد از یائسگی) ویزیت کند و بتواند مراحل بررسی و درمان را انجام دهد.

۲۲- بتواند التهابات و بیماریهای خوش خیم و ولو را تشخیص دهد و ضایعات قارچی و میکروبی را درمان کند.

۲۳- بتواند کیست بارتولن و آبسه آن را تشخیص دهد و چگونگی مراحل درمان را شرح دهد.

۲۴- بتواند ضایعات وولو را درمان کند و در صورت نیاز ارجاع نماید.

۲۵- بتواند تظاهرات بیماریهای سیستمیک در وولو را تشخیص دهد.

۲۶- انواع واژنیت را ببیند و بتواند درمان کند.

۲۷- بتواند پاپ اسمیر انجام دهد و جواب آن را تفسیر و پیگیری نماید.

۲۸- بتواند رحم را با معاینه توشه واژینال لمس کند.

۲۹- بتوان پرولاپس رحم و واژن و گردن رحم را با معاینه تشخیص دهد و چگونگی برخورد با این بیماران را شرح دهد.

۳۰- بتواند توده لگنی را با معاینه توشه رکتال لمس کند.

۳۱- بتواند به درستی از اسپکولوم استفاده کند.

۳۲- بتواند رحم بزرگ را لمس کند و برخورد با این بیماران را شرح دهد.

۳۳- بیمار مبتلا به حاملگی نابجا (EP) را ببیند و بتواند مراحل اولیه درمان و احیاء را انجام دهد و مراحل درمان بیمار مشکوک را بطور کامل شرح دهد.

۳۴- بتواند با معاینه توده پستانی را تشخیص دهد و مراحل پیگیری را بطور صحیح انجام دهد.

۳۵- ماموگرافی را ببیند.

۳۶- زوجهای نازا را ویزیت کند و چگونگی پیگیری آزمایشات مربوطه و درمان و عوارض احتمالی داروهای تجویز شده را شرح دهد.

۳۷- بیماران مبتلا به انواع سقط (شامل تهدید به سقط، سقط فراموش دهد، سقط کامل و ناکامل) را ویزیت کند و چگونگی رویکرد را شرح دهد.

۳۸- بیمار مبتلا به سقط راجعه را ویزیت کند و بتواند آزمایشات لازم درخواست کند.

۳۹- بیمار مبتلا به مول را ویزیت کند و بتواند پیگیری مناسب را برای این بیماران انجام دهد.

۴۰- بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری را ویزیت کند و بتواند مراحل لازم بررسی را انجام دهد و نحوه درمان را شرح دهد.

۴۱- زوجهای متقاضی پیشنهاد برای معرفی راههای جلوگیری از حاملگی را ویزیت کند و بتواند راهنمای مناسب تری برای انتخاب روش مناسب را انجام دهد.

۴۲- بتواند گذاشتن و برداشتن IUD را انجام دهد.

۴۳- عوارض و موارد منع نورویپلانت را بداند و شرح دهد.

۴۴- بیمارانی را که جهت ارزیابی و درمان مسائل مربوطه به دوره منوپاز مراجعه کرده اند ویزیت نماید و درمانهای لازم را بتواند انجام دهد.

۴۵- بتواند مراقبتهای لازم بعد از عمل جراحی زنان شامل هیستریکتومی و سزارین را انجام دهد.

۴۶- بتواند سونداژ را انجام دهد.

۴۷- بتواند به خوبی با خونریزیهای حین و بعد از زایمان برخورد کند.

۴۸- جوابگوی حداقل ۷۰ درصد سوالات تئوریک و عملی باشد.

۴۹- بتواند اندازه گیری طول رحم در سنین مختلف بارداری را انجام دهد.

۵۰- fern test را ببیند

۵۱- بتواند مانور لثوپولد را انجام دهد.

ج- حیطه نگرشی:

۱- ظاهر مناسب و در شان یک پزشک داشته باشد.

۲- حضور منظم و بموقع در بخش داشته باشد.

۳- به اهمیت مسئولیت حرفه ای بعنوان یک پزشک واقف باشد.

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

توانایی ارجاع بیمار در موارد لزوم

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

مدیریت موارد اورژانس (حضور/بیماری/حد و غیر طبیعی راحی، هلیپر تفسیر، عفونت و ...)

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

توانایی انجام کوراز حداقل بر روی مولاز یا خروج جفت یا پینس

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----

مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

گذشتن اسپیکولوم و قندبه پاپ (کاروز مرد مولاز)

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

تثبیت و انتقال نوزاد از اطاق زایمان

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

شروع تغذیه یا شیرمادر در ساعات اول تولد

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----

مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

ارتباط مناسب با اساتید، همکاران، بیماران، همراهان و پرسنل داشته باشد.

۵- در مورد مسائل شخصی بیمار رازدار باشد.

۶- هنگام معاینه حرمت بیمار را حفظ کند.

۷- به اهمیت پیگیری دقیق بیماران بدحال واقف باشد.

۸- به مراقبت از تمام بیماران بدون در نظر گرفتن جنس، دین، نژاد و موقعیت اجتماعی متعهد باشد.

۹- به اهمیت کارگروهی واقف بوده و با همه اعضاء گروه درمانی رفتار احترام آمیز داشته باشد.

سرفصل و محتوای دروس:

حیطه دانش

۱- آناتومی دستگاه تناسلی

۲- فیزیولوژی قاعدگی و اشکال طبیعی و غیر طبیعی قاعدگی و دیس منوره و PMS

۳- یائسگی (HRT)

۴- بیماریهای مقاربتی دستگاه تناسلی تحتانی

۵- عفونتهای دستگاه تناسلی فوقانی

۶- حاملگی خارج رحمی

۷- خونریزیهای غیرطبیعی رحمی (انواع، تشخیص های افتراقی و روش های تشخیصی و نحوه برخورد تشخیصی و درمانی با آن)

۸- نازایی (انواع، علل، روش های تشخیصی و درمانی، بررسی زوج نازا)

۹- سقط (انواع، تشخیص و درمان)

۱۰- آمنوره (انواع، تشخیص و برخورد تشخیصی و درمانی)

۱۱- ضایعات پیش تهاجمی و تهاجمی سرویکس {فاکتورهای مستعد کننده- انواع ضایعات پیش تهاجمی- پاپ اسمیر- کانسر سرویکس (شامل مرحله بندی ساده، اشاره به روش های درمانی و پیش آگهی)}

۱۲- بیماریهای خوش خیم و بدخیم تخمدان، نحوه برخورد تشخیصی و درمانی با توده های لگنی

۱۳- آشنایی با بیماریهای خوش خیم و بدخیم رحم (مرحله بندی ساده- عوامل مستعد کننده، انواع، تشخیص های افتراقی، روش های تشخیصی و درمان در حد ذکر نام)

۱۴- بیماریهای تروفوبلاستیک بارداری (شامل مرحله بندی ساده- درمان- پیشگیری)

۱۵- روش های پیشگیری از بارداری (انواع- کارائی و شکست- مکانیسم اثر- موارد مصرف و منع مصرف- فواید و عوارض، آگاهی با برنامه کشوری تنظیم خانواده، آشنائی با مشاوره حین ازدواج و مشاوره تنظیم خانواده)

۱۶- غربالگری کانسر پستان، نحوه برخورد تشخیصی و درمانی با گالاکتوره

۱۷- تغییرات فیزیولوژیک در دوران بارداری (انواع، کارائی و شکست- مکانیسم اثر- موارد مصرف و منع مصرف- فواید و عوارض، آگاهی با برنامه کشوری تنظیم خانواده، آشنائی با مشاوره حین ازدواج و مشاوره تنظیم خانواده)

۱۸- مشاوره قبل از بارداری (غربالگری و تشخیص و درمان بیماریهای موجود)، روش های تشخیص بارداری و مراقبت های دوران بارداری (زمان و دفعات- معاینه- بررسیهای پاراکلینیک- شکایات شایع- علائم هشدار- ایمن سازی)

۱۹- ساختمان لگن و زایمان (مکانیسم، نحوه اداره، سیر و روش های بی دردی)

۲۰- دوره پس از زایمان و اختلالات آن (خونریزی و عفونت)

۲۱- دیستوشی (انواع- تشخیص- القای زایمان- زایمان باوسیله- سزارین و عوارض)

۲۲- خونریزیهای مامایی (دکولمان، جفت سرراهی، DIC)

۲۳- بیماریهای هیپرتانسیو در بارداری

۲۴- زایمان زودرس، زایمان دیررس و محدودیت رشد داخل رحمی

۲۵- روش ارزیابی سلامت جنین، زجر جنین، تشخیص قبل از تولد

۲۶- بیماریهای شایع داخلی و جراحی در حاملگی (دیابت- آنمی و ترمبوسیتوپنی-

بیماریهای تیروئید- عفونت و سنگ کلیه- بیماریهای گوارشی- بیماریهای قلبی عروقی-

آسم- صرع- شکم حاد- بیماریهای عفونی و STD در حاملگی)

۲۷- نحوه برخورد تشخیصی و درمانی در بیمار با درد لگن

۲۸- داروهای رایج مصرفی و روش های تصویربرداری در زنان و مامایی

- طبقه بندی داروها در بارداری (A,B,C,D,X)

- موارد و نحوه مصرف و منع مصرف- عوارض داروها

| توانایی تجویز داروهای اصلی و لازم در زنان و ماهایی (موارد مصرف و منع مصرف، عوارض جانبی و تداخلات دارویی) | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| توانایی انجام مشاوره با تخصصان مربوطه | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| توانایی تفسیر تستهای آزمایشگاهی و رادیولوژی رایج از قبیل خون، کامل ادرار، NST، پاپ اسمیر، WET SMEAR، اسپرموگرام، سونوگرافی) | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|---|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| توانایی تحلیل و تفسیر یافته ها | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| توانایی طرح تشخیص های افتراقی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| توانایی طرح روش های تشخیصی و درمانی مناسب (plan) | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

۹- ارجاع (آشنایی با اندیکاسیون های ارجاع (به پیوست)، آشنایی با نحوه ارجاع (آماده سازی بیمار، ثبت اطلاعات ضروری و ...)، آشنایی با مراکز ارجاع، آشنایی کامل با سطوح ارائه خدمات سلامت و سیستم ارجاع بیماران با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سطح کشور)

۳۰- مسائل قانونی مرتبط با صدور گواهی فوت گواهی استعلاجی، موارد سوء استفاده جنسی، سقط جنین، ختم بارداری، گزارش عوارض جانبی داروها

۳۱- علل شایع مرگ و میر مادران و وضعیت این شاخ در ایران، منطقه و جهان، آشنایی با مراقبت های سلامت مادران، آشنایی با نظام کشوری مراقبت مادر

۳۲- تروما در بارداری و ترما به دستگاه تناسلی

لیست کنفرانسهای بخش زنان که اول هر ماه براساس روزهای هفته برنامه ریزی می شود و به همه اعلام می گردد.

طرح درس گروه زنان جهت آموزش دانشجویان پزشکی

| مراقبت پیش از زایمان | زایمان وضع حمل طبیعی مراقبت از نوزاد و تماس | پارگی زودرس غشاها | حاملگی نابجا (موضوع راند) |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| ارزیابی سلامت جنین | از دست رفتن زودهنگام حاملگی (موضوع راند) | محدودیت رشد داخل رحمی (موضوع راند) | حاملگی چند قلو |
| زایمان پیش از موعد و وضع حمل دیررس | دیابت حاملگی | عوارض طبی و جراحی در حاملگی | اختلالات ایمنولوژیک در حاملگی |
| اختلالات هیپر تانسیون در حاملگی | عفونت مامایی و حوالی تولد | پریچ- سایر نمایشهای غیر طبیعی و عوارض بند ناف | مرده زایی و مرگ جنین داخل رحمی |
| سزارین | روشهای جلوگیری از بارداری | سقط القا شده | آمنوره |
| عفونتهای لگنی و منتقله از طریق جنسی | اختلالات ازدیاد آندروژن | سندروم پیش از قاعدگی | میل جنسی و اختلال عملکرد جنسی در زنان |

| | | | |
|---|--|--|--|
| خونریزی رحمی غیر طبیعی (موضوع راند) | پاپیلوما ویروس انسانی ونحوه برخورد با پاپ اسمیر غیر طبیعی | درد لگنی مزمن | ژنتیک در زنان و مامایی - تشخیص پیش از تولد |
| ناباروری (موضوع راند) | بی اختیاری ادراری در زنان +درمان جراحی و غیر جراحی (فصل ۵۱-۵۳) | لیومیوم | سونوگرافی در مامایی - سونوگرافی در ژنیکولوژی |
| اندومتر یوز | سرطان سرویکس | نحوه برخورد با توده های آدنکس | ارزیابی حوالی عمل |
| اپیدمیولوژی پاتوفیزیولوژی و ارزیابی - حمایت عضو لگنی- درمان جراحی و غیر جراحی (فصل ۴۸-۴۹-۵۰) | مصرف داروها در حاملگی | ژنیکولوژی و عمل های جراحی در مطب- ژنیکولوژی اطفال و نوجوانان | بی حسی و نلیکس درد در مامایی |
| سرطان رحم | بیماریهای پستان | سرطان تخمدان و لوله ها | سرطان ولو و واژن |
| نتوپلاسم تروفوبلاستیک رحمی | یائسگی | ویروس HIV | اختلالات خوش خیم ولو و واژن |
| جراحی توسط لاپاراسکوپ- هیسترسکوپ | بی اختیاری مدفوع و اختلالات دفع | اختلالات روانپزشکی در بارداری و دوره پس از زایمان | |
| منبع کنفرانس: دنفورث ۲۰۰۸ با هماهنگی قبلی امتحان هفتگی از کنفرانس ها گرفته خواهد شد. | | | |

| انجام سونوگرافی زنان | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|----------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| انجام مانور لثویولود | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|----------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| مشارکت در درمان و تشخیص خودبزرگاری جنین و بعد از زایمان | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|---|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| توانایی نوشتن صحیح خلاصه پرونده: طبق onk& off service&progress note الگوهای موجود در مراجع معتبر علمی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|---|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| توانایی معاینه دستگاه تناسلی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| توانایی ثبت کامل یافته های مرتبط با بیمار | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|---|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

اندیکاسیونهای ارجاع در دوران بارداری

| ردیف | موارد | ارجاع فوری | ارجاع غیرفوری |
|------|---|---|--|
| ۱ | علائم خطر فوری | اختلال هوشیاری، تشنج، شوک (هموراژیک - سپتیک) | - |
| ۲ | فشار خون بالا | سایر موارد | فشار خون مزمن کنترل شده |
| ۳ | خونریزی - لکه بینی | EP، پارگی رحم، شکم حاد، سقط، دکولمان، پروبا، اینرسی، باقی ماندن جفت، DIC | تهدید به سقط، مول |
| ۴ | درد شکم | EP، شکم حاد، پیلونفریت، سقط، دکولمان، آمینونیت، اسهال شدید، اسهال خونی | اسهال خفیف، سیستیت راجعه |
| ۵ | آبریزش | آمینونیت، پرولاپس بند ناف، سقط، زایمان زودرس | سایر موارد |
| ۶ | تب | سقط عفونی، پیلونفریت، پنومونی، مننژیت آندوکار دیت | عدم پاسخ به درمانهای سرپایی: آنژین، اسهال خفیف |
| ۷ | تنگی نفس - طپش قلب | آمبولی، ادم حاد ریه، نارسایی قلب، آریتمی، پنومونی، حمله آسم، آنمی شدید | آنمی شدید مزمن |
| ۸ | عفونتهای ادراری - تناسلی | پیلونفریت | هرپس ژنیتال |
| ۹ | تهوع استفراغ | شکم حاد، EP، هیپرامزیس شدید، استفراغ خونی، سندرم HELLP، اسهال شدید | در صورت وجود خون در ادرار |
| ۱۰ | اختلالات صدای قلب و حرکات جنین - زجر جنین | تاکیکاردی، برادیکاردی، کاهش حرکات جنین بعد از هفته ۲۶ بارداری، مرگ جنین بعد از هفته ۲۰ بارداری، رفع مکنونیوم. | - |
| ۱۱ | ادم | پره اکلامپسی، DVT، انسداد شریانی | بیماری زمینه ای قلبی، کلوی، تیروئیدی، کبدی |
| ۱۲ | رنگ پریدگی، زردی، آنمی | سندرم HELLP، هپاتیت شدید، کبد چرب | بیماریهای خونی و عفونی، آنمی شدید مزمن |

| ردیف | موارد | ارجاع فوری | ارجاع غیرفوری |
|------|---|--|--|
| ۱۳ | ارتفاع نامناسب رحم | FGR | سایر موارد |
| ۱۴ | درد قفسه سینه | پنومونی، ایسکیمی قلبی، آمبولی ریه | - |
| ۱۵ | حاملگی طول کشیده | کاهش حرکت جنین - IUFD | موارد غیر از IUFD |
| ۱۶ | مشکلات پوستی | - | ضایعات پوستی جنرالیزه |
| ۱۷ | بارداری با IUFD | عدم خروج IUFD متعاقب زایمان | - عدم مشاهده نخ IUFD - عدم توانایی خروج IUFD - پس از تشخیص بارداری وجود IUFD در نیمه دوم بارداری |
| ۱۸ | بارداری متعاقب TL | در صورت احتمال وجود EP | - |
| ۱۹ | اختلالات روانی | تمایل یا اقدام به خودکشی، دپرسن شدید | - |
| ۲۰ | اعتیاد به مواد مخدر، مصرف سیگار و دخانیات | در صورت مراجعه با علائم ترک، مسمومیت، delirium | سایر مواد |
| ۲۱ | همسر آزاری | توام با آسیب فیزیکی به مادر و یا زجر جنین | تهدید از طرف همسر |

روش آموزش

آموزش بالینی در بخش زنان براساس برگزاری صبحگاهی، کنفرانس و ژورنال کلاب اساتید و دانشجویان، راند بخش، درمانگاه، اتاق عمل، Skill lab، کشیک فعال با حضور در اتاق زایمان و اورژانس و مامایی می باشد. جهت بهبود کیفیت آموزش جلسه نظرسنجی بعد از گذشت دوره یکماهه و دو ماهه برگزار می شود.

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | مشارکت در درمان زوج ناز |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|-------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | مشارکت در تشخیص و درمان انواع سقط |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | مشارکت در گذاشتن IUD |
|------------------------------------|-------|-------|----------------------|
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | مشارکت خارج IUD کردن |
|------------------------------------|-------|-------|----------------------|
| | | | |
| | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | مراقبت لازم بعد از جراحی مثل هیستریکتومی و سزارین |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | بررسی زنان منوپاز |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|-------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | دیدن ferr test |
|------------------------------------|-------|-------|----------------|
| | | | |
| | | | |

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | تست ادراری یا بارداری |
|------------------------------------|-------|-------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

۱- گزارشات صبحگاهی

در گزارشات صبحگاهی، چگونگی معاینه، انجام آزمایشات لازم و نحوه درمان بیماران بستری شده در ۲۴ ساعت گذشته و حضور اساتید بخش و کلیه دانشجویان بحث می گردد. ارایه گزارش صبحگاهی به عهده دانشجوی کارورز که ۲۴ ساعت گذشته کشیک بوده اند، می باشد.

۲- کنفرانسها و ژورنال کلاب

طبق برنامه اعلام شده در هر دوره مطالبی به صورت کنفرانس یا ژورنال کلاب توسط اساتید و دانشجویان در سالن کنفرانس بیمارستان پاستور بم بحث می گردد.

۳- راند بخش

راندهای آموزشی به صورت هفتگی می باشد و با حضور یکی از اساتید بخش و حضور تمامی دانشجویان بخش زنان و زایمان بیمارستان پاستور بم برگزار می شود. طبق نظر استاد مربوطه یک یا چند بیمار انتخاب می شوند و در مورد شرح حال و یافته های معاینه فیزیکی، تشخیصهای محتمل و رویکرد تشخیصی و درمانی آنها بحث می گردد.

۴- درمانگاه

در کلینیک تخصصی امام رضا (ع) دانشجویان زیر نظر استاد مربوطه بیماران را ویزیت می نمایند. نکات مهم تاریخچه، معاینه فیزیکی و تشخیص و درمان و چگونگی پیگیری بیمار بحث می گردد. بیماران ابتدا توسط دانشجویان کارورز معاینه می شوند و با حضور استاد مربوطه بحث می شوند و در نسخه نویسی مشارکت کنند. و تشخیص و درمان بیماران از دانشجویان کارآموز سوال می شود. با توجه به اهمیت بیماران سرپایی هر روز از شنبه تا چهارشنبه از ساعت ۲ بعد از ظهر تا اتمام بیماران و پنجشنبه از ۷:۳۰ صبح یک نفر از کارآموزان و کارورز به کلینیک تخصصی امام رضا (ع) آمده تا به همراه اساتید همان روز بیماران سرپایی را ویزیت کنند. (برنامه به صورت شیفت درمانگاه ابتدای ماه توسط نماینده دانشجویان اعلام می گردد).

۵- اتاق عمل

دانشجویان در اتاق عمل نقش مشاهده گر را دارند اما بسته به نوع عمل، نظر اساتید و علاقه مندی دانشجویان می توانند در انجام عملهای minor مشارکت کنند. تقسیم بندی دانشجویان برای حضور در اتاق عمل یا در درمانگاه توسط مدیر گروه یا مسئول آموزش دانشجویان انجام می گیرد.

۶- کشیک بیمارستان و حضور در اتاق زایمان

دانشجویان طبق برنامه ای که از ابتدای ماه، مشخص می شود ملزم به حضور در بیمارستان پاستور بم برای حداقل ۸ کشیک در ماه می باشند. کشیک دانشجویان کارآموز تا ۸ شب و دانشجویان کارورز تا ۸ صبح روز بعد است.

دانشجویان در زمان کشیک ملزم به ویزیت بیماران اورژانس، اخذ شرح حال، معاینه و انجام اقدامات اورژانس و تماس با متخصص زنان کشیک و پیگیری روند تشخیصی و درمانی وی هستند. دانشجویان کارورز و کارورز همچنین بایستی آزمایشات و مسایل بیماران بستری بخش را در زمان کشیک پیگیری نمایند. در اتاق زایمان انجام زایمان طبیعی (NVD) به عهده کارورز است. کارآموز نقش مشاهده گر دارد و در صورت صلاحدید استاد می تواند در انجام زایمان طبیعی مشارکت نماید و در صورت نیاز در احیاء نوزادان در اتاق زایمان نیز شرکت کنند.

۷- ارائه مقاله

مقاله کامل در یک موضوع خاص که بسته به علاقه دانشجو یا نظر استاد انتخاب می شود توسط دانشجو باید search شود. حداقل ۲ روز در هفته ژورنال کلاب برگزار می شود. ژورنال کلاب شنبه ها بصورت گروهی و با موضوع کنفرانس همان روز طراحی می شود (بطوریکه حداقل ۲۵ تا ۵۰٪ دانشجویان ژورنالی را طبق همان موضوع کنفرانس آماده کرده و ارائه می کنند. (ژورنال کلاب محتوایی)

| مشاورت در تشخیص و درمان EFP | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-----------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| معاینه پستان | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

| بررسی ماموگرافی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-----------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

| تعیین و خارج کردن کاتتر مثانه | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-------------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| گذاشتن صحیح اسپیکولوم | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-----------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

زمانبندی و اجرای برنامه آموزشی

| ساعت هفته | ۱-۸ | ۱۲-۱۰/۵ |
|--------------|---|---|
| شنبه | گزارش صبحگاهی - کنفرانس و ژورنال کلاب - امتحان هفتگی - راند آموزشی static grand round | کلاس عملی آموزش زایمان در اتاق زایمان یا skill lab |
| یکشنبه | گزارش صبحگاهی - کنفرانس یا ژورنال کلاب | کلاس عملی آموزش زایمان در اتاق زایمان برای گروه کشیک بقیه افراد درمانگاه آموزشی |
| دوشنبه | گزارش صبحگاهی - کنفرانس یا ژورنال کلاب - راند آموزشی walking grand round | کلاس عملی آموزش زایمان در اتاق زایمان برای گروه کشیک بقیه افراد درمانگاه آموزشی |
| سه شنبه | گزارش صبحگاهی - کنفرانس یا ژورنال کلاب | کلاس عملی آموزش زایمان در اتاق زایمان برای گروه کشیک بقیه افراد درمانگاه آموزشی |
| چهارشنبه | گزارش صبحگاهی - کنفرانس یا ژورنال کلاب | کلاس عملی آموزش زایمان در اتاق زایمان برای گروه کشیک بقیه افراد درمانگاه آموزشی |

روزهای شنبه ژورنال کلاب محتوایی

روزهای شنبه گزارش صبحگاهی بصورت مبتنی بر شواهد با طرح سوال بالینی و نسخه آموزشی (PICO)

یک روز در هفته با رعایت روتیشن اساتید ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد و راند آموزشی

شرح وظایف

۱- ساعت حضور کارورزان در بخش از ساعت ۸ صبح تا ۱ بعد از ظهر می باشد.

۲- هر کارورز موظف است حداقل ۸ کشیک در ماه داشته باشد.

۳- مدت زمان کشیک در روزهای غیر تعطیل و تعطیل از ساعت ۸ صبح تا ۸ صبح روز بعد می باشد.

۴- پوشیدن روپوش سفید الزامی است.

۵- در طی دوره به غیر از موارد ضروری کارورز اجازه ندارد مرخصی داشته باشد. معرفی کارورز جانشین و هماهنگی با مدیر گروه و استاد همان روز قبل از اخذ مرخصی ضروری است.

۶- عدم حضور یا ترک بخش تحت هر عنوان بدون هماهنگی با استاد ممنوع و به عنوان حذف دوره خواهد بود.

۷- ملزم به خودآموزی در دروس پزشکی باشد.

ارزشیابی پیشرفت تحصیلی

ارزشیابی نهایی در پایان بخش به دو صورت انجام خواهد شد:

الف- ارزشیابی توان علمی دانشجو (۶ نمره): بصورت امتحان کتبی آخر بخش، کویزهای هفتگی و امتحان OSCE خواهد بود.

ب- ارزشیابی عملکرد دانشجو (۱۴ نمره):

۱- شرح حال کامل و سیر بیماری و ارائه صحیح آن به پزشک معالج در اورژانس و بخش زنان (۲ نمره)

۲- پیگیری معاینات جدید بیماران بستری در زایشگاه و بخش زنان و پیگیری آزمایشات و پاراکلینیک بیماران (۲ نمره)

۳- رعایت اخلاق پزشکی، وظیفه شناسی مسئولیت پذیری و قابل اعتماد بودن در رفتار با همکاران، اساتید، پرسنل، بیمار و همراه بیمار (۲ نمره)

۴- شرکت فعال در گزارش صبحگاهی و ارائه گزارش مناسب (۲ نمره)

۵- شرکت فعال در کشیکهای بخش (۲ نمره)

۶- شرکت فعال در درمانگاه (۲ نمره)

۷- شرکت فعال در راندهای آموزشی، کنفرانسهای آموزشی و ارائه مقاله و ویزیت بیماران اورژانس (۲ نمره)

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|-------|-------|
| | | | شماره پرونده یا نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

مشارکت در تفهیم پاپ اسمیر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|
| | | | شماره پرونده یا نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

مشارکت در تشخیص و درمان پروlaps رحم و واژن SUI و

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|
| | | | شماره پرونده یا نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

مشارکت در تشخیص و درمان مول

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|
| | | | شماره پرونده یا نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

مشارکت در تشخیص و درمان توده لگنی

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|
| | | | شماره پرونده یا نام خانوادگی | نام و نام خانوادگی |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

بتواند رحم بزرگ را لمس کند

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

فعالیت‌های آموزشی و ضوابط آموزش کارورزان آقا پزشکی عمومی در بخش زنان و

زایمان

الف- بخش زنان: (لازم است تمهیدات لازم در زمان حضور کارورزان آقا در بخش زنان در نظر گرفته شود.)

۱- شرکت در کلاسهای تئوری

۲- شرکت در راند آموزشی در بخش

۳- حضور در کنفرانسهای زنان

۴- حضور در گزارش صبحگاهی

۵- مطالعه پرونده بیماران در خصوص سیر بیماری، پیش آگهی، پیشگیری و ضوابط بستری در موارد بستری

۶- جلسه بحث گروهی دانشجویی در خصوص سیر بیماری، پیش آگهی، پیشگیری و ضوابط در موارد بستری

روش ارزشیابی پیشرفت تحصیلی: کتبی نظری با تاکید بر موضوعات شایع و ارزشیابی مبتنی بر شواهد (موارد بستری)

ب- درمانگاه زنان: (لازم است تمهیدات لازم در زمان حضور کارورزان آقا در درمانگاه در نظر گرفته شود.)

۱- مشاهده گرفتن شرح حال

۲- مشاهده معاینه خانمهای حامله و بیماران (لازمست مشاهده معاینه با موافقت فرد معاینه شونده انجام گیرد.)

۳- آشنایی با رویکرد تشخیص اولیه و غربال گروههای خطر

۴- آشنایی با رویکرد درمانی و ماقبتهای اولیه، آموزش بیماران و مشاوره زایمان و دستورات پیشگیری در خصوص حاملگیهای پرخطر، روشهای پیشگیری، اثر بیماریها بر روی سیر حاملگی و اثر حاملگی بر بیماریهای شایع.

۵- جلسه بحث گروهی دانشجویی در خصوص رویکردهای اولیه

ج- اطاق زایمان: دانشجوی کارورز پس از کسب گواهی از آموزش نحوه انجام زایمان در اتاق مولاژ اجازه حضور در اتاق زایمان را می یابد. (لازم است حضور کارآموزان آقا در اطاق زایمان در موارد غیراورژانس با موافقت بیمار باشد.)

۱- آشنایی با آماده سازی قبل از عمل (pre-op preparations) و مراقبتهای پس از عمل (post-op orders)

۲- مشاهده زایمان طبیعی و سزارین

د- اطاق عمل: (لازم است حضور کارورزان آقا در اطاق عمل در موارد غیراورژانس با موافقت بیمار باشد.)

۱- آماده سازی قبل و دستورات پس از عمل در موارد اورژانس برای کلیه کارورزان و در موارد انتخابی برای کارورزان خانم.

۲- مشاهده اعمال جراحی اورژانسهای زنان

شرایط تجدید بخش

۱- نمره نهایی زیر ۱۲ باشد.

۲- غیبت غیر موجه و عدم حضور در بخش

۳- غیبت بیش از ۰/۱ طول دوره

۴- عدم تکمیل Log Book

منابع

۱- کتاب دنفورث

۲- مطالب ارائه شده بوسیله اساتید از کتابهای نواک، ویلیامز، اسپروف و کیسنر

۳- کتاب مرجع زنان، مامایی جهت کارآموزان و کارورزان (دنفورث چاپ ۲۰۰۸)

۴- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

۵- مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران راهنمای خدمات خارج بیمارستانی ویژه پزشک عمومی (اداره سلامت مادران بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

۶- حداقل توانمندیهای مورد انتظار از پزشک عمومی دانش آموخته از دانشگاههای علوم پزشکی کشور جمهوری اسلامی ایران (معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

۷- آموزش و ارزیابی بالینی، آنچه هر استاد بالینی باید بداند (دکتر الهه ملکان راد و همکاران)

۸- شاخص های ارزیابی درونی مبتنی بر استانداردهای پایه دوره آموزش پزشکی عمومی (معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

تجویز روشهای جلوگیری از بارداری

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

مشارکت در تشخیص و درمان عفونت نفاسی

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

مشارکت در تشخیص و درمان واژینیتها

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

انجام پاپ اسمیر

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شرکت در انجام اجزاء نوزاد | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|---------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| مراقبت بعد از زایمان در دوره نقاس | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| مشارکت در تشخیص و درمان ماسهیت بعد از زایمان | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| مشارکت در تشخیص و درمان AUB در سنین مختلف | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|---|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| مشارکت در تشخیص و درمان بیماری ولوا و بار توالین کیست | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|---|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

اندازه گیری طول رحم در سنین مختلف بارداری

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

شنیدن FHT در سنین مختلف بارداری

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

خواندن و تفسیر OCT و NST

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

معاینه فیزیکی

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| درمان و بررسی دوقلویی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-----------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| مشاهده بیماری کلیه در حاملگی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | | تاریخ | امضاء |
|------------------------------|------------------------------------|--|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |

| مشاهده بیماری غدد در حاملگی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | | تاریخ | امضاء |
|-----------------------------|------------------------------------|--|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |

| مشاهده بیماری صرع در حاملگی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | | تاریخ | امضاء |
|-----------------------------|------------------------------------|--|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| Post Date ویزیت و درمان بیماران | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| درمان بیماران قلبی در حاملگی | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | | تاریخ | امضاء |
|------------------------------|------------------------------------|--|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |

| نحوه بررسی و درمان دیابت در بارداری | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

انجام NVD

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

مانیتور سبیر زانجان در زایشگاه شامل معاینه در دیالکتیکون مختلف، نحوه تجویز آکسیژن، توسین، نحوه تجویز منیزیم سولفات و بررسی وضعیت انقباضات رحم

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

نحوه درمان و تشخیص بیماران پره اکلامسی

| شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

مراقبت پریناتال در درماتگاه و اورژانس

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر

| انجام ایی زبانه می | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء |
|--------------------|------------------------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| وزیبت و درمان بیماران PIP | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | شماره پرونده یا نام و نام خانوادگی | تاریخ | امضاء | |
|---------------------------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

درستی انجام اقدامات فوق الذکر مورد تأیید است-----
مدیر گروه مربوطه امضاء و مهر