



សំណុំឯកសារថែទាំសម្រាប់ឆ្មប

Midwifery Document

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះ:ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:អាយុ:ឆ្នាំ
 លេខកូដចូលសម្រាកពេទ្យ:ផ្នែក:បន្ទប់:គ្រូ:

វាយតម្លៃករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ:	
១ ស្មារតី:	☐ រវើវាយ ☐ សន្លប់ ☐ ប្រកាច់
២ ផ្លូវដង្ហើម និងការដកដង្ហើម:	☐ អត់ដង្ហើម ☐ ពិបាកដកដង្ហើម ☐ ខ្លីនិងញាប់ (> ៣០ដង/នាទី) ☐ យឺត ☐ កំហាប់អុកស៊ីសែនក្នុងឈាម ($SpO_2 < 94\%$) ☐ ពណ៌ស្វាយ (ជុំវិញបបូរមាត់)
៣ សញ្ញាស្កក:	☐ ដីពចរញាប់ (> ១០០ដង/នាទី) ☐ បែកញើសស្អិត ☐ សម្ពាធឈាមអតិបរមា (ស៊ីស្តូលីក) ចុះទាប (< ៩០មមបារ៉ែត)
៤ សញ្ញាបម្រុងក្រឡាភ្លើង/ក្រឡាភ្លើង	☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ឌីយ៉ាស្តូលីក) ≥ ១១០ មមបារ៉ែត ហើយប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (+++) ☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ឌីយ៉ាស្តូលីក) ≥ ៩០ មមបារ៉ែត ហើយប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (++) រួមនឹងសញ្ញាណាមួយមាន ឈឺក្បាលខ្លាំង ស្រវាំងភ្នែក ចុកចុងដង្ហើម
៥ គ្រុនក្តៅ:	☐ $> 38^{\circ}C$
៦ ធ្លាក់ឈាម:	☐ ធ្ងន់ធ្ងរ
៧ ការបង្ហាញទារកមិនធម្មតា:	☐ ថ្ងាស ☐ មុខ ☐ ទទឹងពោះ ☐ បញ្ឆិតពោះ ☐ កូនទទឹងពោះធ្លាក់ដៃ ☐ កូនបញ្ឆាស ☐ ដៃទូលក្បាល ☐ ធ្លាក់ទងសុកមកមុន
៨ ចង្វាក់បេះដូងទារក:	☐ គ្មាន ☐ ខ្សោយ (< ១១០ ឬ > ១៦០ដង/នាទី)
ករណីមានតម្រូវការសង្គ្រោះជីវិតបន្ទាន់ក្រៅពីសម្ភព:	
☐ ត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកពាក់ព័ន្ធ ☐ អញ្ជើញគ្រូពេទ្យជំនាញ/ឯកទេសផ្សេងទៀត ☐ បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង	

វាយតម្លៃ		* ធម្មតា	* * ប្រឈម	* * * គ្រោះថ្នាក់
ព័ត៌មានទូទៅ និងប្រវត្តិជំងឺ	អាយុនៃគភ៌ពេលចូលសម្រាកពេទ្យ	☐ សម្រាលគ្រប់ខែ	☐ មិនដឹង (មិនច្បាស់លាស់)	☐ សម្រាលមិនគ្រប់ខែ (< ៣៧សប្តាហ៍) ☐ សម្រាលលើសខែ (> ៤២សប្តាហ៍)
	អាយុស្រ្តី	☐ ១៨-៣៤ឆ្នាំ	☐ ក្មេងពេក (១៦-១៧ឆ្នាំ) ☐ ≥ ៣៥ឆ្នាំ កូនច្រើនដង	☐ ក្មេងពេក (<១៥ឆ្នាំ) ☐ > ៣៥ឆ្នាំ កូនដំបូង
	ចំនួនផ្ទៃពោះ			☐ ≥ ៥ដង
	ចំនួនសម្រាល		☐ ៤ដង	☐ ≥ ៥ដង
	ចំនួនរលូត ឬរំលូត	☐ គ្មាន	☐ រំលូត ≥ ១ដង	
	ចំនួនកូនក្នុងផ្ទៃ	☐ គភ៌កូន១		☐ គភ៌កូនច្រើន
	កម្ពស់ស្រ្តី	☐ > ១៥០សម	☐ ១៤៥ - ១៥០សម	☐ < ១៤៥សម
	ប្រវត្តិសម្រាលផ្ទៃពោះមុន		☐ សម្រាលដោយបូមជប់ ☐ រំហែកទ្វារមាសកម្រិត៣ ☐ ប៉េរីណេមានស្នាមថ្លើរ មានផ្លែដុះសាច់/សិរមាន់ ☐ សរសៃឈាមរំពៃឡើងប៉ោង ☐ កូនមិនគ្រប់លក្ខណៈ	☐ បម្រុងក្រឡាក្លើង/ក្រឡាក្លើង ☐ ធ្លាប់ប្រកាច់ ☐ ធ្លាប់ធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល ☐ ធ្លាប់សម្រាលដោយវះកាត់ ☐ ធ្លាប់មានកូនកើតមកមានទំងន់ទាបធៀបនឹងអាយុគភ៌ ☐ សម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ ☐ សម្រាលកូនគ្រប់ខែតែមិនគ្រប់គឺឡ ☐ កូនស្លាប់ក្នុងពោះឬកូនកើតស្លាប់
មន្ទីរពិសោធន៍	ប្រវត្តិជំងឺទូទៅ	☐ គ្មាន	☐ ធ្លាប់វះកាត់ផ្សេងៗ ☐ ធ្លាប់មានអាស័យកហ្ស៊ី	☐ មានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ☐ មានជំងឺបេះដូង ☐ មានជំងឺផ្លូវដង្ហើម ☐ ធ្លាប់បញ្ចូលឈាម ☐ មានជំងឺលើសសម្ពាធឈាមរ៉ាំរ៉ៃ ☐ ធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍
	ស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ស្វាយរលាកថ្លើមប្រភេទបេ	អវិជ្ជមាន ☐ អេដស៍ ☐ ស្វាយ ☐ រលាកថ្លើមបេ	មិនធ្លាប់ធ្វើតេស្ត ☐ អេដស៍ ☐ ស្វាយ ☐ មេរោគថ្លើមបេ	វិជ្ជមាន ☐ អេដស៍ ☐ ស្វាយ ☐ រលាកថ្លើមបេ
ពិនិត្យរាងកាយ	ស្ថានភាពស្រ្តី			
	១ សម្ពាធឈាម	☐ ស៊ីស្តូលីក < ១៤០មមបារ៉ែត និងឌីយ៉ាស្តូលីក < ៩០មមបារ៉ែត	☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ស៊ីស្តូលីក) ≥ ១៤០មមបារ៉ែត ☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ឌីយ៉ាស្តូលីក) ≥ ៩០មមបារ៉ែត	☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ស៊ីស្តូលីក) ≥ ១៦០មមបារ៉ែត ☐ សម្ពាធឈាមអប្បបរមា (ឌីយ៉ាស្តូលីក) ≥ ១១០ មមបារ៉ែត
	២ សញ្ញានៃការលើសសម្ពាធឈាម	☐ មិនមានសញ្ញា		☐ ឈឺក្បាលខ្លាំង ☐ ស្រវាំងភ្នែក ឬឈឺនៅចុងដង្ហើម
	៣ ជីពចរ		☐ ≥ ១១០/នាទី	
	៤ កម្ដៅរាងកាយ		☐ > ៣៧.៥°C	☐ > ៣៨°C មានបែកស្រោមទឹកភ្លោះ ☐ ធ្លាក់សមានក្លិនស្អុយមានសញ្ញាបង្ករោគ
	៥ ការពិនិត្យទឹកនោម	☐ គ្មានប្រូតេអ៊ីន ឬប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (+)	☐ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម(++)	☐ ប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម ≥ (+++)

៦ ធ្លាក់ឈាមតាមទ្វារមាស		☐ ធ្លាក់អិលលាយ ឈាមតិចៗ	☐ ធ្លាក់អិលលាយឈាមច្រើន ជាងធម្មតា	☐ ជោកសំឡីអនាម័យ ឬក្រណាត់ទ្រាប់ ក្នុងអំឡុង <៥នាទី
៧ ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ				
អត្តចរិកៈ	☐ ស្លូតបូត	☐ ធេរឆាវ		
ការទំនាក់ទំនង៖	☐ ទំនាក់ទំនងល្អ	☐ ឯកការ		
ស្ថានភាពអារម្មណ៍៖		☐ ស្ងប់ស្ងាត់	☐ ពុះកញ្ឆ្ឆាល ☐ ធ្លាក់ទឹកចិត្ត	
ក្តីកង្វល់	☐ គ្មាន	☐ មាន		
សំណួររបស់ស្ត្រី	☐ មាន	☐ គ្មាន		
បើមានសូមបំពេញ.....				
៨ ផ្នែកសង្គម				
- កម្រិតជីវភាព៖ ☐ បសស ☐ មូលនិធិសមធម៌ ☐ បង់ខ្លួនឯង ☐ ធានារ៉ាប់រង ☐ ផ្សេងៗ - ស្ថានភាពគ្រួសារ៖ ☐ នៅលីវ ☐ រៀបការ ☐ មេម៉ាយ - ជំនួយពីសង្គម៖ ☐ ការប្រើប្រាស់ធនធានសហគមន៍ ☐ ការចូលរួមរបស់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច				
៩ ជំនឿ និងសាសនា				
- សាសនា៖ ☐ ព្រះពុទ្ធ ☐ គ្រិស្ត ☐ អ៊ីស្លាម ☐ ផ្សេងៗ..... - ជំនួយខាងផ្លូវវិញ្ញាណ៖ ☐ អុជធ្មប់ ☐ អធិដ្ឋាន ☐ ថ្វាយបង្គំ ☐ ផ្សេងៗ.....				
១០ ចំណេះដឹងស្ត្រីអំពីការថែទាំសុខភាព និងរបបអាហារ៖				
- ដំណើរការមានផ្ទៃពោះ/ ការសម្រាល៖ ☐ មាន ☐ គ្មាន - ការថែទាំពេលមានផ្ទៃពោះ៖ ☐ មាន ☐ គ្មាន - ការថែទាំពេលសម្រាល៖ ☐ មាន ☐ គ្មាន - ការថែទាំក្រោយសម្រាល៖ ☐ មាន ☐ គ្មាន - របបអាហារ៖ ☐ របបអាហារទៀងទាត់ ☐ អាហារមានតុល្យភាព ☐ វិធីមិនមុនពេលសម្រាល ☐ អាហារបំប៉ន ☐ កង្វះជាតិទឹក តម្រូវការអប់រំ៖.....				
១១ លំហាត់ប្រាណ និងការសម្រាក/គេងពេលមានផ្ទៃពោះ៖				
- លំហាត់ប្រាណទៀងទាត់៖ ☐ មាន ☐ គ្មាន - សម្រាកពេលថ្ងៃ៖ ☐ គ្រប់គ្រាន់ ☐ មិនគ្រប់គ្រាន់ - គេង៖ ☐ គ្រប់គ្រាន់ ☐ មិនគ្រប់គ្រាន់				
ពិនិត្យរាងកាយ	ស្ថានភាពទារកក្នុងផ្ទៃពោះ			
	១ ចង្វាក់បេះដូងទារក	☐ ១១០-១៦០/ នាទី	☐ ១០០<ចង្វាក់បេះដូង>១៦០	☐ គ្មានចង្វាក់បេះដូងទារក ☐ ≤១០០ដង/នាទី ☐ ≥១៨០ដង/នាទី
	២ ទឹកភ្លោះ	☐ ថ្លា	☐ ទឹកភ្លោះលាយឈាមកព្រៃរវៃ ☐ ហើយមិនមានក្លិនស្អុយ ☐ អត់ទឹកភ្លោះក្រោយបែក ☐ ស្រោមទឹកភ្លោះ	☐ ទឹកភ្លោះលាយឈាម ☐ ទឹកភ្លោះលាយឈាមកព្រៃខាប់ (ទឹកភ្លោះពណ៌ បៃតងចាស់ ឬខ្មៅ មានលាយឈាមកព្រៃជុំៗ) ☐ មានក្លិនស្អុយ
	៣ សណ្ឋានទារក	☐ បណ្តោយស្បូន		☐ ទទឹងពោះ ☐ បញ្ចិតពោះ
	៤ ទម្រង់បង្ហាញទារក	☐ កំពូលក្បាល		☐ បញ្ឆោត ☐ ហុចស្មា ☐ ថ្ងាស ឬមុខ ☐ បង្ហាញដៃទូលក្បាល
	៥ ការបង្ហាញរបស់ទារក	☐ អុកស៊ីពុតនៅ ខាងមុខ	☐ អុកស៊ីពុតនៅក្រោយ ☐ អុកស៊ីពុតនៅទទឹង	
ការវាយតម្លៃមាត់ស្បូននៅពេលលូកពិនិត្យទ្វារមាស				

	ឈឺពោះពិតប្រាកដ	ឈឺពោះមិនពិតប្រាកដ
ប្រវែងមាត់ស្បូន	≥ ៥០% (២សម)	< ២៥% (៤សម)
សភាពមាត់ស្បូន	ទន់	រឹង
ទីតាំងមាត់ស្បូន	មុខ ឬកណ្តាល	ក្រោយ
ការបើកមាត់ស្បូន	≥ ១សម	បិទ
កំណត់សម្គាល់៖ នៅពេលវាយតម្លៃឃើញថាមាត់ស្បូនស្ថិតនៅស្ថានភាពឈឺពោះពិតប្រាកដ រួមទាំងមានសញ្ញាកន្ត្រាក់នៃស្បូន ទៀតទាត់ និងមានអិលលាយឈាមតិចៗ ឆ្លុបចាប់ផ្តើមបំពេញប៉ាតូក្រាហ្វ និងធ្វើការតាមដានបន្ត។		
ដំណាក់កាលនៃការឈឺពោះសម្រាល		
១ រយៈយឺត (ការបើកមាត់ស្បូន≤៣សម)		
- ការចុះនៃក្បាលកូន	☐ ≤3/5	☐ 4/5-5/5 (ក្បាលនៅខ្ពស់)
-ការកន្ត្រាក់ស្បូន		
ក. ភាពញឹកញាប់		☐ ៤-៥ដង/១០នាទី
ខ. រយៈកន្ត្រាក់ម្តងៗ		☐ >៤០នាទី
គ. កម្លាំង		☐ ស្បូនរឹង+ឈឺខ្លាំង
-រយៈពេលនៃរយៈយឺត		☐ ≥៨ម៉ោង
២ រយៈសកម្ម (ការបើកមាត់ស្បូន>៣-១០សម)		
- ការចុះនៃក្បាលកូន	☐ ≤2/5 ក្បាលឆ្លងផុតច្រកលើ	☐ 3/5
☐ 4/5-5/5 (ក្បាលនៅខ្ពស់)		
-ការកន្ត្រាក់ស្បូន		
ក. ភាពញឹកញាប់	☐ ៣-៥ដង/១០នាទី	☐ ≥៦ដង/១០នាទី
ខ. រយៈកន្ត្រាក់ម្តងៗ	☐ >២០ ទៅ <៦០ វិនាទី	☐ ឈឺជាប់
គ. កម្លាំង	☐ មិនឈឺជាប់ មានពេលសម្រាក	☐ ស្បូនរឹង+ឈឺខ្លាំង
-ភាពជ្រួសគ្នានៃលលាដ៍ក្បាលទារក	☐ (0)-(+)	☐ (++) ជាមួយក្បាលកូនឆ្លងផុតច្រកលើ
☐ (+++) ☐ ស្បែកក្បាលទារកហើម ដោយមិនចុះចូលអាងត្រគាក		
៣ ដំណាក់កាលទី២ (មាត់ស្បូនបើកអស់)		
- ការចុះនៃក្បាលកូន	☐ បើរំលោភឡើង ស្តើង លាតសន្ធឹង និងប៉ោង+កន្ត្រាក់ ស្បូន+ឃើញក្បាល ទារក	☐ ស្បែកក្បាលទារកហើម
☐ (+++)		
-ការកន្ត្រាក់ស្បូន		
ក. ភាពញឹកញាប់	☐ ៤-៥ដង/១០នាទី	☐ ≥៦ដង/១០នាទី
ខ. រយៈកន្ត្រាក់ម្តងៗ	☐ >៦០ វិនាទី	
គ. កម្លាំង		☐ គ្មានផ្នត់ផ្អែកនៅផ្នែកខាងក្រោមផ្ចិត រឹងគួរសម
-រយៈពេលស្រ្តីប្រឹងបញ្ចេញកូនមុនចូលសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល		☐ ៤៥នាទី (ស្រ្តីកូនដំបូង) ☐ ៣០នាទី (ស្រ្តីមានកូន>២ដង)
☐ >៦០នាទី (ស្រ្តីកូនដំបូង) ☐ >៣០នាទី (ស្រ្តីកូនដំបូង)		



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ.....អាយុ..... ភេទ

លេខកូដ៖.....

ផ្នែក.....បន្ទប់លេខ.....ត្រីកូលេខ.....

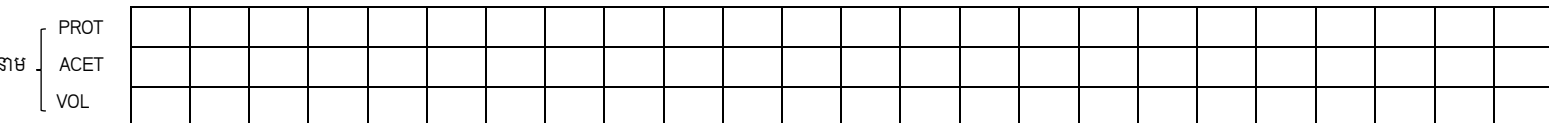
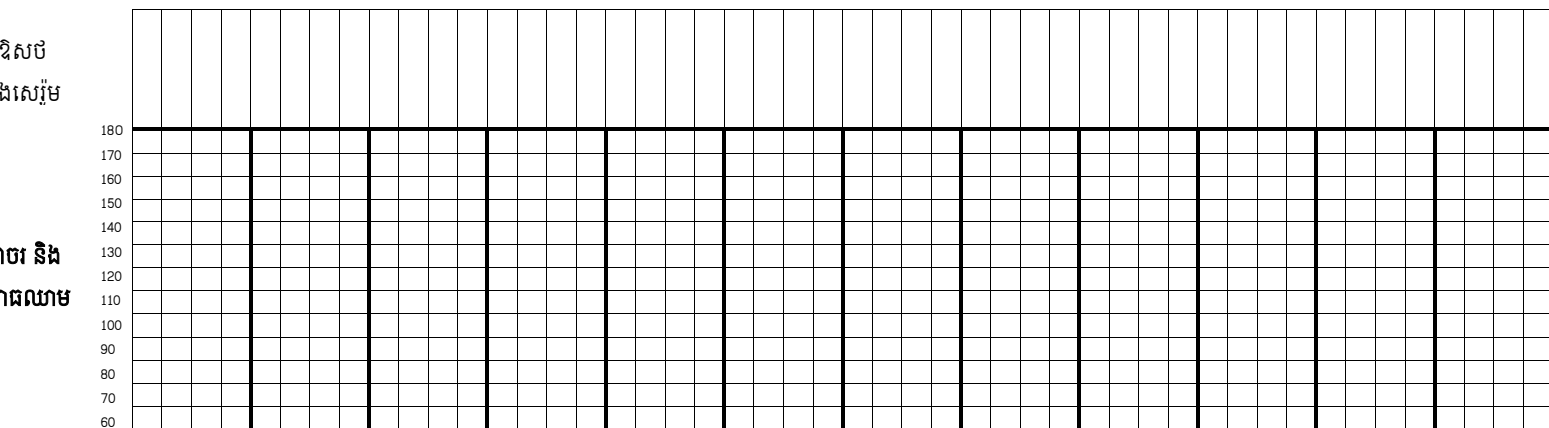
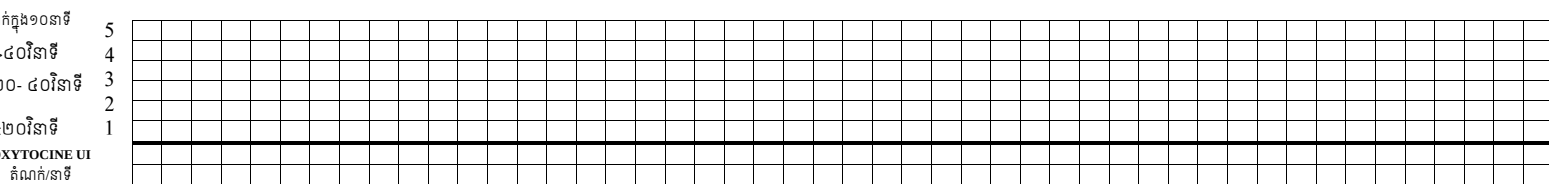
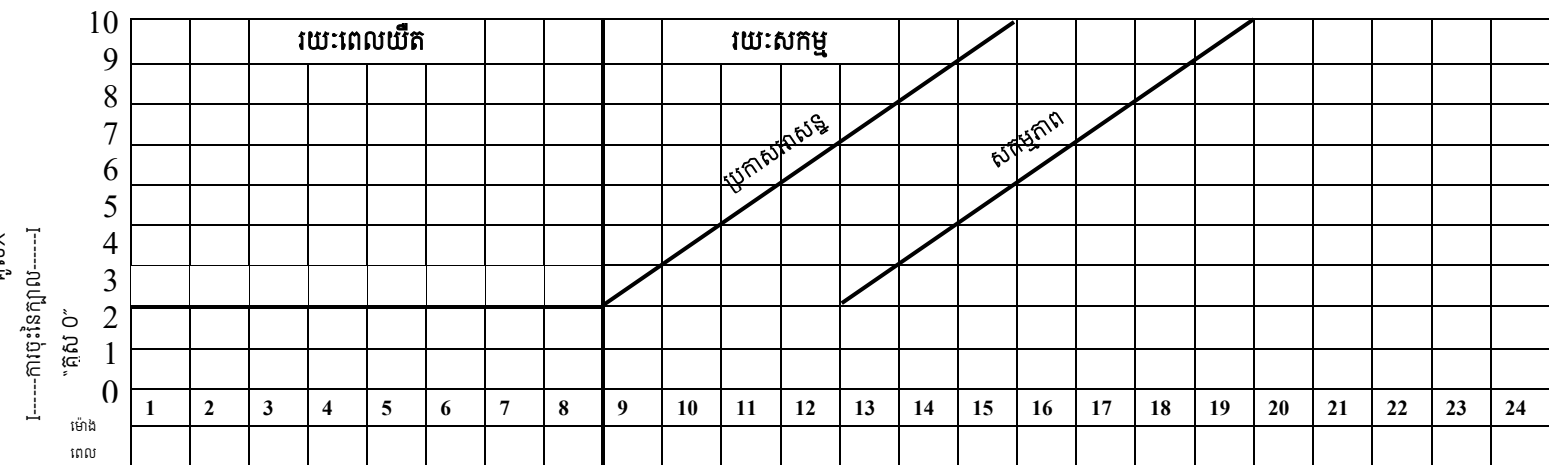
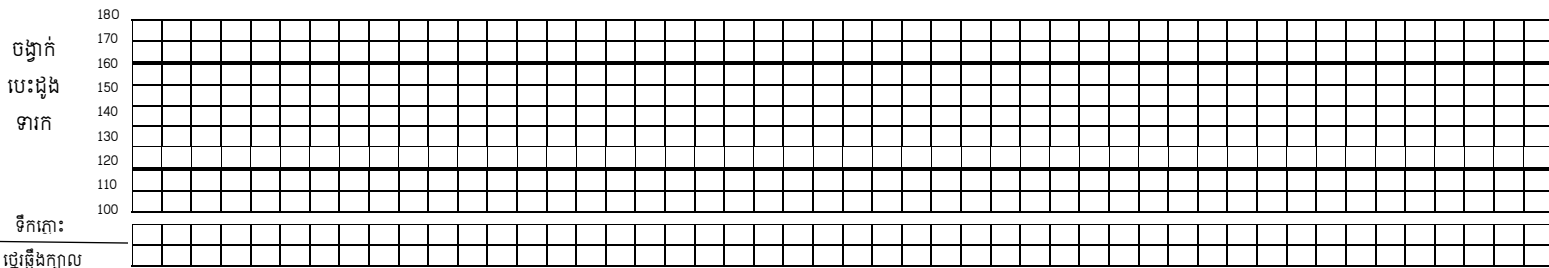
មន្ទីរពេទ្យ.....

ផែនការថែទាំ

រោគវិនិច្ឆ័យថែទាំ	ផែនការថែទាំ	អន្តរាគមន៍ថែទាំ	ការវាយតម្លៃ	ឈ្មោះ និងហត្ថលេខា បុគ្គលិក

ការតាមដានការសម្រាល (ដំណាក់កាលទី១)

ឈ្មោះ: ចំនួនគក្ក ចំនួនសម្រាល លេខកូដអ្នកជំងឺ.....
 ថ្ងៃខែឆ្នាំចូលសម្រាក ម៉ោង ស្រោមទឹកភ្លោះ: ☐ មិនទាន់បែក ☐ បែកម៉ោង ថ្ងៃខែឆ្នាំ
 ថ្ងៃខែឆ្នាំបំពេញប៉ាត្រាក្រាហ្វ ម៉ោង ឈ្មោះអ្នកបំពេញប៉ាត្រាក្រាហ្វ



* ប៉ាត្រាក្រាហ្វតាមដានការលើសសម្រាល ឯកសារយោងពីពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកឆ្នាំ២០២០ ទំព័រ៩៨-៩៩

ការតាមដានការសម្រាល (ជំណាត់កាលទី២)

ម៉ោង	ចង្វាក់បេះដូងកូន	ជីពចម្រាយ	សម្ពាធឈាមម្តាយ	កំណត់សម្គាល់

កើតនៅថ្ងៃទី..... ខែ ឆ្នាំ ម៉ោង នាទី វិនាទី បញ្ហាផ្សេងៗ

ប្រភេទនៃការសម្រាល៖ ☐ ធម្មតា ☐ ប្រើឧបករណ៍ជំនួយ ☐ វះកាត់ សម្រាលដោយ

- ☐ ជួតសម្លាប់ទារកភ្លាម
- ☐ ទារកដកដង្ហើមក្នុងនាទីមាស(☐ សប្បបញ្ចូលខ្យល់)
- ☐ ដាក់ទារកស្បែកប៉ះស្បែកម្តាយរយៈពេល៩០នាទី
- ☐ ពន្យារការគាបទងសុករហូតដល់ជីពចម្រងសុករឈប់លោត(១-៣នាទី)

ភេទទារក ☐ ប្រុស ☐ ស្រី អាយុគតិ៍សប្តាហ៍

សញ្ញាបង្កគោរណាមួយ៖

ម្តាយមានកម្ដៅ >៣៨,៥° C ☐ មាន ☐ ទេ

បែកស្រាមទឹកភ្លោះយូរ >១៨ម៉ោង ☐ មាន ☐ ទេ

ទឹកកោះលាយខ៖/ធំកិនសយ ☐ មាន ☐ ទេ

ពិន្ទុអាប័ហ្គារ				
កត្តាទំនាក់ទំនង	នាទីទី១	នាទីទី៥	នាទីទី១០	យោបល់ផ្សេងៗ
ពណ៌សម្បុរ				
ចង្វាក់បេះដូងទារក				
រេផ្លិច (Reflex)				
កម្លាំងសាច់ដុំ				
ការដកដង្ហើម				
ពិន្ទុសរុប				

ការទម្លាក់សុក (ជំណាត់កាលទី៣)

ចាក់ OXYTOCINE នៅម៉ោង.....នាទី..... កម្រិត

ការទម្លាក់សុក៖ ☐ ទម្លាក់ដោយត្រួតពិនិត្យ(ចាក់ OXYTOCINE IM)

☐ សន្លឹងទងសុកដោយត្រួតពិនិត្យ

☐ ឈ្លីស្បូន

☐ ទម្លាក់សុកបែបធម្មជាតិ

☐ បារទម្លាក់ដោយដៃ

ម៉ោងទម្លាក់សុក

ស្បូនកម្រិត ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ

☐ ផ្នែកខាងកូន (បែប Beaudelaque) ☐ ផ្នែកខាងម្តាយ (បែប Duncan)

បារសម្ពាធស្បូន ☐ មាន ☐ ទេ

បេរីណា ☐ មិនហែក

☐ រំហែក - ☐ កម្រិត១ ☐ កម្រិត២ ☐ កម្រិត៣ ☐ កម្រិត៤

☐ កាត់

ទម្ងន់សុកក្រាម

បរិមាណនៃការធ្លាក់ឈាម ☐ ច្រើន (>៥០០មល) ☐ មធ្យម (៣០០-៥០០មល) ☐ តិច (<៣០០មល)

ការតាមដានពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល (ជំណាត់កាលទី៤)

ម្តាយ						
	១ម៉ោងដំបូង រាល់១៥នាទី				ម៉ោងទី២ រាល់៣០នាទី	
ម៉ោង						
ជីពចរ/នាទី						
សម្ពាធឈាម/មមប៉ារត						
កម្ដៅ(° C)						
ឈ្លីស្បូន						
ពិនិត្យមើលការធ្លាក់ឈាម						

ទារក						
	១ម៉ោងដំបូង រាល់១៥នាទី				ម៉ោងទី២ រាល់៣០នាទី	
ម៉ោង						
ចង្វាក់ដង្ហើម/នាទី						
ចង្វាក់បេះដូង/នាទី						
កម្ដៅ(° C)						
ពិនិត្យរាងកាយ						

*គូសសញ្ញា(✓)បើបានពិនិត្យរាងកាយទារក

បំបៅដោះ ☐ ក្នុងមួយម៉ោងដំបូង ☐ ក្នុងពីរម៉ោងក្រោយសម្រាល

ទម្ងន់..... ក្រាម ប្រវែង ស.ម

បរិមាត្រក្បាល ស.ម បរិមាត្រដើមទ្រូង ស.ម

ចាក់វ៉ាក់សាំងK1 តាមសាច់ដុំ១ម.ក្រ ថ្ងៃខែចាក់..... ម៉ោង

ដាក់ថ្នាំភ្នែក ថ្ងៃខែចាក់..... ម៉ោង

*គូសសញ្ញា(✓)បើបានឈ្លីស្បូន និងពិនិត្យមើលការធ្លាក់ឈាម

មុនបញ្ជូនទៅបន្ទប់ថែទាំក្រោយសម្រាល៖

ស្បូនកម្រិត ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ

បរិមាណឈាម ☐ ល្អ ☐ មិនល្អ



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ.....អាយុ..... ភេទ

លេខកូដ៖.....

ផ្នែក.....បន្ទប់លេខ.....ត្រីកូលេខ.....

សាលាកម្មត្រួតតាមដានសញ្ញាជីវិតប្រចាំថ្ងៃ

កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោង																											
សំពាធឈាម	ដីពចរ	កំដៅ																									
260	260	41																									
240	240																										
220	220	40																									
200	200																										
180	180	39																									
160	160																										
140	140	38																									
120	120																										
100	100	37																									
80	80																										
60	60	36																									
40	40																										
20	20	35																									
0	0																										
ចង្វាក់ដង្ហើម																											
ការចុះកំពូលស្បូន (Uterus)																											
ស្នាមរំ (Cicatrisation)																											
កករឈ្មោក (Lochia)																											
បើករំពា																											
បញ្ហាសរសៃឈាមនៅជើង (Problems veineux)																											
ដោះ (Seins)																											
បត់ជើងតូច																											
បត់ជើងធំ (Selle)																											
បរិមាណទឹកចូល ទឹកចេញ (I&O)																											
បរិមាណ ទឹកចូល	ការចាក់បញ្ចូល																										
	ការផឹក																										
	តាមស្តង់																										
សរុបទឹកចូល																											
បរិមាណ ទឹកចេញ	ទឹកនោម																										
	ក្អួត																										
	ស្បង់																										
	លាមក (ពត)																										
សរុបទឹកចេញ																											
ហត្ថលេខា																											
ឈ្មោះបុគ្គលិក																											



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ.....អាយុ..... ភេទ

លេខកូដ៖.....

ផ្នែក.....បន្ទប់លេខ.....ត្រីកូលេខ.....

សាលាកម្មត្រួតតាមដានការក្របចាំថ្ងៃ

កាលបរិច្ឆេទ	ថ្ងៃទី០	ថ្ងៃទី១	ថ្ងៃទី២	ថ្ងៃទី៣	ថ្ងៃទី៤	ថ្ងៃទី៥	ថ្ងៃទី៦	ថ្ងៃទី៧	ថ្ងៃទី៨
ការពិនិត្យទារកទើបកើត									
ភ្នែក	ស្អាត	ស្អាត							
មាត់	ធម្មតា	ធម្មតា							
ទងសុក	ធម្មតា	ក្រៀម/ស្វិត							
ស្បែក	ស្អាត	ស្អាត							
ការបៅ	បៅបាន	បៅបាន							
ទឹកនោម	មាន	មាន							
លាមក	មាន	មាន							
ផ្សេងៗ	គ្មាន	គ្មាន							
គីឡូក្រាម/ក្រាម									
4000									
3900									
3800									
3700									
3600									
3500									
3400									
3300									
3200									
3100									
3000	3100								
2900		2980							
2800									
2700									
2600									
2500									
2400									
2300									
2200									
2100									
2000									
ទម្ងន់ទារក១០%នៃទម្ងន់ដើម									
កំណត់សម្គាល់៖ សូមជម្រាបគ្រូពេទ្យកុមារ ប្រសិនបើទារកចុះទម្ងន់១០%នៃទម្ងន់ដើម ឬទារកពុំឡើងទម្ងន់ពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ									