



معاونت درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
فرم ثبت مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (KMC)

نام بیمارستان:

نام و نام خانوادگی مادر نوزاد:

نام و نام خانوادگی پدر نوزاد:

شماره پرونده:

تاریخ:

سن نوزاد:

وزن هنگام تولد:

نام و نام خانوادگی پرستار	سایر توضیحات	مشکلات پیش آمده در هنگام انجام KMC (آپنه، هیپوترمی و...)	اشباع اکسیژن پس از اتمام KMC	اشباع اکسیژن در حین KMC	اشباع اکسیژن قبل از شروع KMC	نحوه نگهداری نوزاد در بخش		وضعیت شیر دهی		ساعت خاتمه KMC	ساعت شروع KMC	وزن هنگام شروع KMC	شیفت M/E/N	تاریخ
						انکوباتور	وامر یا کات	ندارد (علت ذکر شود)	دارد (مقدار و روش ذکر شود)					