

評分表

■ 考生姓名：_____

考官簽名：_____

■ 測驗項目：第一孕期初診產前檢查與指導

准考證編號：_____

關鍵行為：	F	P	備註
考試開始前必須在考試老師面前洗手			
能適當稱呼個案，並於接觸個案一開始時，向其做自我介紹			
1. 依據病歷表單完成疾病史、孕產史、生活史及家庭史的收集			
2. 詢問之前的懷孕及生產經驗(初孕婦可省略)，此胎是否為計劃性懷孕及對此次懷孕的期待			
3. 收集個案以下資料，並記錄於記錄表上： 孕前體重、依照孕前體重算出其身體質量指數值、及其體重分類（體重不足、理想體重、體重過重）、目前妊娠週數、目前體重、體重增減)			
4. 收集個案飲食攝入資料 · 計算個案所攝取的營養份數各幾份（全穀雜糧類、豆魚蛋肉類、乳品類、水果類、蔬菜類、油脂與種子類），填入於飲食估算表中？向個案解釋 · 攝取的各類營養份數是否合適？ · 熱量是否足夠？如不足或過多，應如何改變。 · 應避免生食、菸酒與藥物			
5. 依據個案的 BMI 及飲食習慣，給予適當的體重增加建議			
6. 依照以下兩點評估個案心理狀況： (1) 過去一個月，是否常被情緒低落、憂鬱或感覺未來沒有希望所困擾？ (2) 過去一個月，是否常對事物失去興趣或做事沒有愉悅感？ 如有評估異常時要告知考試老師適當轉診			
7. 詢問個案目前身體狀況、問題與感覺，仔細聆聽個案主訴，不中斷個案說話			
8. 詢問個案有關不舒服症狀（晨吐）的資料，包括：何時開始、經常發生的時間、改善的因素、加重的因素、此症狀求醫經驗			

9.向個案解釋造成其不舒服症狀(晨吐)的可能原因至少二項 荷爾蒙(黃體素、HCG)、醣類代謝改變、胃酸及胃蛋白酶減少、飢餓、情緒壓力、疲累			
10.指導個案至少以下二種減輕不舒服症狀(晨吐)的措施： ·起床前先吃蘇打餅乾乾、土司或穀類食物； ·少量多餐，可於兩餐間加補充食物及水分 ·避免油膩、不消化及調味濃厚的食物 ·環境保持空氣清新			
11.整合評估所收集到的資料，提供孕婦適當的建議與衛教，向個案解釋本次檢查的內容與意義			
12.解釋以下即將進行的檢查內容、目的及過程，包括：尿液檢查、血液檢查			
13.詢問個案對此次檢查是否還有疑問			
14.告知需立即就醫之危險徵象(至少三項) ·陰道出血(不管量多少) ·持續或劇烈的頭痛 ·持續或劇烈腹痛 ·持續或嚴重噁心、嘔吐 ·突然發冷發熱 ·視力模糊 ·臉部和手部浮腫 ·尿量明顯變少，或小便時有疼痛或灼熱感 ·陰道有水樣分泌物不停流出(懷疑為破水)			
15.告知下次產檢時間			

考試結果：通過 不通過，不通過之關鍵行為描述：_

學生簽名：_____，對考試結果意見：同意，不同意，

不同意原因：_

考試老師簽名：_____ 協調老師簽名：_____

孕產婦基本資料收集單

孕產婦姓名：_____ 年齡：_____ 歲

項目	內容
疾病史	1. 疾病：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ，何種疾病：_____
	2. 住院史：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ，手術史：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> 原因：_____
	3. 服用藥物(現在使用、已補保健食品) 無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ，藥物名稱及服用原因：_____
	4. 過敏史：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ，過敏情形：_____
孕產史	7. 月經史：初經年齡為__歲，多久來一次____，每次來多久____， 量____、有無血塊____、有無規律性____、有無痛經____ 最後一次月經的第一天日期：_____
	8. 性生活史：有無性行為____、是否有固定性伴侶____、頻率____、性 交是否會疼痛_____
	9. 產科史：G____P____活產數為____、 流產數：____、生產方式_____
	10. 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 避孕方式、使用時期：_____
	11. 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 驗孕
	12. 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 做子宮抹片，最後一次做的日期為： ____，結果為：_____
家庭史與生活史	3. 遺傳或重大疾病：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> 疾病狀 況：_____
	4. 家族狀況：
	3. 職業狀況：
	4. 有無壓力：
	5. 抽菸：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ；_____ 喝酒：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ；_____ 檳榔：無 <input type="checkbox"/> ，有 <input type="checkbox"/> ；_____

第一次產檢檢查紀錄(妊娠____週)

胎次： 1		檢查日期：____年 ____月 ____日	
產前檢查紀錄： 孕前體重____kg， BMI 值 ____體 重分類 <input type="checkbox"/> 體重不足 <input type="checkbox"/> 理想體重 <input type="checkbox"/> 體重過重 目前體重 _____ kg 血壓 mmHg <u>120/70</u> 宮底 高度 cm _____ 胎心音 次/分 _____ 尿糖 _____ 尿蛋白 _____ 浮腫 _____ 靜脈曲張 _____		Rh 因子 _____ 血型 _____ 白血球(WBC) _____ 紅血球(RBC) _____ 血小板(Plt) _____ 血球容積比(Hct) _____ 血紅素(Hb) _____ 平均紅血球體積 (MCV) _____ 其他 _____	
		產前檢查結果 <input type="checkbox"/> 無特殊發現 <input type="checkbox"/> 須注意或異常項目 1. <input type="checkbox"/> 需追蹤 <input type="checkbox"/> 須轉介 2. <input type="checkbox"/> 需追蹤 <input type="checkbox"/> 須轉介 3. <input type="checkbox"/> 需追蹤 <input type="checkbox"/> 須轉介 註：如有不明傷痕，或疑似家庭暴力等情事請依規定通報，並滲血台灣親密關係暴力危險評估表(TIPVDA)(參閱第 112 頁)	
血液檢查結果： 梅毒檢查：____ B 型肝炎表面抗原檢查：____ B 型肝炎 e 抗原檢查：____ 母血唐氏症機率：____ 血糖值：_____ mg/dl		6-8 週由超音波可見胎兒心跳 9-12 週五官及重要器官發展 13-16 周寶寶生長狀況： ◎ 寶寶已完全成形，皮膚呈透明帶粉紅色，寶寶開始會動。 ◎ 寶寶身長約 15-18 公分，體重約 100-115 公克。	
		助產師簽名：_____ 下次產檢日期：_____ 準媽媽簽名：_____	

