

درخواست تایید تجربه بالینی مامائی  
برای متقاضیان پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی  
(ام.ام.بی.پی)  
که قصد ثبت نام جهت اشتغال به مامائی در استان نوا اسکوشیا،  
کانادا دارند

دستورالعمل مربوط به متقاضی:

لطفا قسمت اول را تکمیل کرده و برای یکی از همکاران،  
سرپرستان، مدرسین کارآموزی مامائی<sup>1</sup>، مربیان، هماهنگ کنندگان  
دوره های بالینی یا هر فرد واجد شرایط دیگری که ناظر فعالیت  
شما به عنوان ماما بوده است و یا کسی که به سوابق رسمی شما  
دسترسی داشته و میتواند جزئیاتی را در مورد تجربه بالینی شما  
در اختیار ما قرار دهد ارسال نمایید.

قسمت اول ( توسط متقاضی تکمیل گردد):

نام کامل متقاضی:

نام یا نامهای قبلی، اگر وجود دارد:

اینجانب معرّفم را مجاز می نمایم تا اطلاعات شخصی و محرمانه  
اینجانب را تنها در اختیار پروژه چند حوزه ای انتقال مامائی  
(ام.ام.بی.پی) قرار دهد. همچنین موافقت می نمایم که همه  
مکاتبات مابین افراد این سازمان ها در خصوص درخواست من از  
(ام.ام.بی.پی) در حیطه اختیارات آنها بوده و من هر گونه حق  
آگاه شدن از آن اطلاعات را از خودم سلب می نمایم .

امضاء متقاضی: تاریخ:

سوابق:

متقاضی نامبرده در قسمت اول درخواست نموده که به منظور اخذ  
پروانه فعالیت مامائی در استان نوا-اسکوشیا در پروژه چند  
حوزه ای انتقال مامائی (ام.ام.بی.پی) مشارکت نماید. این  
برنامه انتقالی به گونه ای طراحی شده که به آن دسته از  
ماماهائی که در سایر نقاط جهان آموزش دیده اند کمک نماید  
تا همزمان با درخواست اشتغال به مامائی در کانادا بتوانند  
کمبودهای موجود در دانش و مهارتهای خود را مرتفع نمایند.

1- مدرس کارآموزی بالینی مامای با تجربه ای است که به  
دانشجویان مامائی آموزش می دهد، آنها را تحت نظر دارد و در  
دوره آموزشی از عملکرد آنان طی دوره های بالینی گزارش می  
دهد

کارشناسان ارزشیابی (ام.ام.بی.پی) در تصمیم گیری خود در  
خصوص قابلیت متقاضی برای شرکت در (ام.ام.بی.پی) از اطلاعات  
مندرج در این فرم استفاده خواهند کرد.

## دستورالعمل مربوط به معرف در خصوص تجربه بالینی

ما کاملاً واقف هستیم که شما تنها ممکن است بخشی از تجربه کار بالینی متقاضی را تایید نمائید. متقاضی مدارک بیشتری را در مورد تجربه مامائی خویش به ما خواهد داد. در این فرم، لطفاً فقط زایمانهایی را که شما دیده اید یا به طور مستقیم سرپرستی کرده اید یا در موسسه آموزشی یا محل کار خود به سوابق آنها دسترسی دارید، تایید نمائید

1. لطفاً قسمت دوم این پرسشنامه را به طور کامل پر کنید. در صورت لزوم صفحات اضافی ضمیمه نمائید.

2. نام، اطلاعات لازم جهت تماس و سمت خود را در محلی که در آخر فرم مشخص شده درج نمائید. این اطلاعات از اهمیت زیادی برخوردارند. ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیریم.

3. فرم را امضاء کرده و تاریخ را در محل مربوطه درج نمائید.

4. فرم کامل شده را در پاکت قرار دهید، در پاکت را بچسبانید و محل چسب را امضا کنید.

5. لطفاً فرم تکمیل شده را از طریق پست معمولی یا پیشتاز به این آدرس ارسال کنید:

### The Multi-Jurisdictional Midwifery Bridging Project

C/O College of Midwives of BC,

# 210- 1682 West 7<sup>th</sup> Avenue,

Vancouver, British Columbia, V6J 4S6

Canada

Tel : (604) 742-2232 / 1-888-642-2232 (رایگان)

از مساعدت شما در ارائه این اطلاعات کمال تشکر را داشته و از زحمات و وقتی که به این منظور صرف فرموده اید بسیار سپاسگزاریم.

### قسمت دوم ( توسط معرف دوره تجربه بالینی تکمیل شود)

1. رابطه شما با متقاضی:  
 همکار  
 سرپرست  
 مدرس کارآموزی  
 دیگر.....

2. لطفاً رابطه خود را با متقاضی و اینکه چگونه می توانید تجربه بالینی او را تایید نمائید شرح دهید:

لطفا در مورد تاریخها تا حد امکان دقت لازم به کار ببرید. اگر اطلاعات شما در مورد تجربه بالینی متقاضی در دوره های زمانی مختلف و غیر متوالی است آنها را به طور جداگانه بنویسید. برای مثال:

می 2001 تا آوریل 2002---بیمارستان سن آندرو  
 سپتامبر 2003 تا مارچ 2004---بیمارستان سن آندرو

زایمانهایی که من تأیید میکنم در تاریخ و محل زیر اتفاق افتاده است.		
از (ماه/سال)	تا (ماه / سال)	تام و محل کلینیک

لطفا جداول ذیل را با استفاده از این تعاریف تکمیل کنید:

**مامای اصلی**  
 مامای اصلی به کسی گفته می شود که مسئولیت مراقبت از مادر و طفل را بعهده دارد. مامای اصلی مدیریت زایمان را هنگام تولد نوزاد بر عهده دارد و نیز وظیفه پرستاری مستقیم از نوزاد با اوست. در مواقع بروز هر گونه عوارض مامای اصلی وظیفه دارد که تصمیم بگیرد زائو را به مکان دیگری منتقل کند و نقل و انتقال را هماهنگی نماید و با متخصصینی که زائو را به آنها ارجاع می دهد همکاری لازم را بنماید و کمکهای مورد نیاز بالینی را پس از انتقال زائو هم انجام دهد. دانشجویان مامائی که تحت نظر و سرپرستی به عنوان مامای اصلی کار می کنند، در این تعریف می گنجند.

**مامای غیر اصلی**  
 مامای غیر اصلی به مامایی گفته می شود که نقش غیر از نقش مامای اصلی است.

**مراقبت مستمر**  
 در مواردی که متقاضیان بطور مستمر زائوی مشخصی را تحت مراقبت داشته باشند، چنانچه حد اقل 1 مورد قبل و 1 مورد بعد از زایمان بعنوان ماما زائوی مشخصی را ویزیت کرده باشند باشد. همچنین دوره زایمان و تولد (شامل مراحل دو و سه زایمان) را انجام داده باشد.

**زایمانهای خارج از محیط بیمارستانی**  
 زایمانی که توسط یک ماما بدون دسترسی داشتن به بخش سزارین و اتاق بیهوشی مدیریت شده باشد. چنین اماکنی میتواند خانه ها، زایشگاه ها، پایگاههای پرستاری و برخی از بیمارستانها را در برگیرد.

3. بخشی از ارزیابی (ام.ام.بی.پی) از فعالیت بالینی تعیین میزان کلی تجربه بالینی متقاضی و تجربیات اخیر و کنونی اوست.

جهت مساعدت در انجام چنین ارزیابی لطفاً جداول ذیل را تکمیل فرمایید:

اینجانب تایید می نمایم که متقاضی بعنوان مامای اصلی در زایمانهای ذیل حضور داشته است:			
تعداد در 1 سال اخیر			تعداد کل زایمان های انجام شده که در آنها مامای اصلی بوده است
تعداد در 5 سال اخیر			
لطفاً در قسمت ذیل تعداد کل فوق را بصورت تفکیک شده مشخص فرمایید:			
تعداد در 5 سال اخیر			تعداد زایمانهای انجام شده در محیط بیمارستانی
تعداد در 5 سال اخیر			
تعداد زایمانهای انجام شده در خارج از محیط بیمارستان			

این تعداد موارد بر اساس:

- مدارک و سوابق موجود می باشد.  
 تخمین و گمان می باشد.

اینجانب تایید می نمایم که متقاضی بعنوان مامای <u>غیر اصلی</u> در زایمانهای ذیل حضور داشته است:			
تعداد در 1 سال اخیر			تعداد کل زایمان های انجام شده که در آنها بعنوان مامای غیر اصلی حضور داشته
تعداد در 5 سال اخیر			

این تعداد موارد بر اساس:

- مدارک و سوابق موجود می باشد.  
 تخمین و گمان می باشد.

اینجانب تایید می نمایم که متقاضی در زایمانهای ذیل <u>مراقبت</u> مستمر داشته است:			
--	--	--	--

- آری.  
 خیر

اینجانب تایید می نمایم که متقاضی <u>خدمات مراقبتی</u> به شرح ذیل ارائه نموده است:							
تعداد ویزیت های قبل از زایمان		تعداد ویزیت های بعد از زایمان		تعداد معاینات اولیه نوزاد		تعداد معاینات نوزاد	
جمع	5 سال اخیر	جمع	5 سال اخیر	جمع	5 سال اخیر	جمع	5 سال اخیر

این تعداد موارد بر اساس:

- مدارک و سوابق موجود می باشد.

□ تخمین و گمان می باشد.

4. لطفا مدل مراقبت مامائی و محدوده فعالیت ماما را در حوزه خود توضیح دهید (لطفاً به هر گونه محدودیت موجود که از سوی مرکز پزشکی، یا زایشگاه و غیره آن حوزه در انجام کامل حرفه مامائی اعمال می شود اشاره کنید) :

5. لطفا محیط کاری را که متقاضی هنگام زایمانها در آنجا حضور داشته و در جدولهای قبل به آن اشاره شد توضیح دهید. در اینجا به دیگر افراد کادر درمانی که متقاضی به کمک آنها دسترسی داشته است اشاره کنید. اگر محل زایمان خارج از بیمارستان بوده، مقدار فاصله این محل تا بیمارستان چه قدر بوده است:

6. لطفا توضیح دهید که متقاضی پیش از زایمان چه نوع مراقبتهایی را انجام داده و معمولاً این مراقبتها در چه مرحله ای (سنی) از حاملگی شروع می شود:

7. لطفا توضیح دهید که متقاضی در حین زایمان چه نوع مراقبتهایی را انجام داده و معمولاً در چه مرحله ای از زایمان شخص باردار ویزیت می شود:

8. لطفا توضیح دهید که متقاضی پس از زایمان چه نوع مراقبتهایی را انجام داده و معمولاً در چه سنی مراقبت از نوزاد و مادر به دیگری منتقل خواهد شد:

9. لطفا نقاط قوت متقاضی را به عنوان یک ماما توضیح دهید:

10. لطفاً چنانچه در خصوص توانایی ها و قابلیت های متقاضی در زمینه مامایی هر گونه جای نگرانی وجود دارد توضیح دهید.

نظرات کلی :

نام و سمت تکمیل کننده قرم:
نشانی :
شماره تلفن:
نشانی پست الکترونیکی :
امضاء :
تاریخ: