KARTA OCENY RYZYKA ROZWOJU ZAKAŻENIA SZPITALNEGO U NOWORODKA

Imię i nazwisko matki ..... Data przyjęcia do szpitala .....

Data urodzenia noworodka ..... Płeć □ C □ S Nr hist. chor .....

PORÓD: □ o czasie □ przedwczesny □ po czasie

□ silami natury □ zabiegowy □ cięcie cesarskie

OCENA RYZYKA W CHWILI URODZENIA

CZYNNIKI RYZYKA	TAK	CZYNNIKI RYZYKA	TAK
Odpłyniecie płynu owodniowego > 18h		Wcześniactwo	
Zielony płyn owodniowy		Dystrofia	
Podwyższone wykładniki infekcyjne u matki		Wady rozwojowe noworodka	
Zapalenie pochwy i szyjki macicy		Skala Apgar poniżej 10 pkt.	
Biegunka u matki		Hospitalizacja matki przed porodem	
Choroby matki w ciąży		Inne	
RAZEM TAK		RAZEM TAK	

GRUPA RYZYKA: I - 0 odpowiedzi TAK

II - 1 odpowiedź TAK

III - 2 odpowiedzi TAK

IV - 3 lub więcej odpowiedzi TAK

NOWORODKA ZAKWALIFIKOWANO DO: I □ II □ III □ IV □ GRUPY RYZYKA

Data wypełnienia karty ..... Podpis osoby wypełniającej .....