HISTORIA CHOROBY DZIECKA

Pieczątka zakładu leczniczego

Nr kolejny w Ks. Gł./Nr Ks. Gł. .....

Oddział i kod oddziału .....

Nr w księdze oddziału .....

PESEL

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia ..... Płeć .....

Adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu .....
miejscowość, ul., nr domu, gmina, województwo

Uczęszcza do: żłobka, przedszkola, szkoły, Domu Małych Dzieci (właściwe podkreślić).

Nazwa i adres .....

Rodzice	Nazwisko i imię	Miejsce zamieszkania (telefon)	Zawód
Matka			
Ojciec			
Opiekun			

Tryb przyjęcia: Planowany, nagły, ze skierowaniem, bez skierowania.

Skierowany przez zakład służby zdrowia, lekarza .....

Przyjęte dnia .... r. o godz. .....

Wypisane dnia .... r. wyleczone z poprawą, bez poprawy, z pogorszeniem,
nie wymagające leczenia szpitalnego, na żądanie rodziców (właściwe podkreślić).

Przeniesione dnia .... r. dokąd .....

Zmarło dnia .... r. o godz. przed upływem 24 godz. od chwili przyjęcia

Przebywało w szpitalu dni ..... po upływie 24 godz. do zakładu

Rozpoznanie kierującego zakładu leczniczego lekarza .....

.....

Rozpoznanie ustalone przy przyjęciu do szpitala .....

.....
Lekarz dyżurny (podpis)

Zgadzam się na wykonanie zabiegu, operacji .....

.....
Rodzaj zabiegu, operacji

dnia .... r. .....
Podpis rodziców, opiekunów

Rozpoznanie kliniczne:

a) zasadnicza choroba .....

b) choroby współistniejące .....

c) powikłania .....

Zakażenie wewnątrzszpitalne: data zakażenia na: .....

Kontakt z chorobą zakaźną i data kontaktu .....

.....
Lekarz leczący (podpis)

Operacja ..... Data .... r. o godz. .....

Narkoza ogólna, znieczulenie miejscowe (właściwe podkreślić) .....

Rozpoznanie anatomo-patologiczne .....

.....

.....

Data .... r. Anatomo-patolog: .....
Podpis lub nazwisko

Zostałem(am) zapoznany(a) z KARTĄ PRAW PACJENTA .....

WYWIAD

A. WYWIAD RODZINNY

	Wiek	Chory(a) na	Zmarł(a)	w roku
Ojciec				
Matka				

RODZEŃSTWO			Choroby przewlekłe	Kiła	Gruźlica	Alkoholizm	Choroby nerwowe umysłowe	Stany uczuleniowe	Mieszkanie:*) jasne, ciemne, suche, wilgotne, suterena, parter, piętro, liczba izb ..... liczba osób ..... dziecko śpi oddzielnie, wspólnie z ....
Wiek		Przyczyna zgonu							
żyjące	zmarłe								

B. DANE DOTYCZĄCE CIĄŻY I DANE O DZIECKU

Liczba poronień ..... Ciąża z rzędu ..... Choroby podczas ciąży .....
.....

Poród*) w czasie, przedwczesny, prawidłowy, powikłany. Odbył się: w domu, bez pomocy fachowej, pod opieką położnej, lekarza: w izbie porodowej; w szpitalu (adres zakładu) .....

Waga dziecka po urodzeniu ..... g. Długość ..... cm.

Karmiono piersią od ..... mies., sztucznie od ..... mies., Otrzymywało soki od ..... mies., witaminę D od ..... mies. Sposób odżywiania dziecka w chwili przyjęcia do szpitala .....
.....

Zaczęło siadać po urodzeniu ..... mies., stawać w ..... mies., chodzić w ..... mies., mówić w ..... mies. Pierwsze zęby w ..... mies. Liczba zębów po ukończeniu roku: .....

Przebyte choroby zakaźne		Inne choroby (uwzględniając tzw. przeziębienia)		Szczepienia ochronne przeciw	
nazwa choroby	w wieku	nazwa choroby	w wieku	rodzaj szczepienia	data zakończenia szczepienia
Odra		Zapalenie płuc		gruźlicy doustnie	
Błonica		Angina		(BCG) śródskórnie	
Płonica				ospie	
Krztusiec				błonicy	
Wietrzna ospa				krztuścowi	
Świnka				poliomyelitis	
Gruźlica				durom	
Inne					

C. WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY:

Dziecko miało w ciągu ostatnich 3 tygodni kontakt z chorymi zakaźnie na .....

Data kontaktu ..... w domu, w żłobku, przedszkolu, szkole (właściwe pokreślić).

D. OBECNIE CHOROBA ZACZĘŁA SIĘ DNIA .....

Objawy i skargi: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Znak tożsamości założyłam*) dnia .... r.

podpis

STAN OBECNY I PRZEBIEG LECZENIA

1. Stan ogólny i wygląd (czy może usiąść, stać, chodzić, przytomność i zachowanie się chorego).
2. Rozwój fizyczny (budowa i odżywianie).
3. Skóra i tkanka podskórna.
4. Układ kostny.
5. Układ mięśniowy.
6. Węzły chłonne.
7. Głowa, owłosienie, kształt, ciemiączko, szwy, miękkość kości.
8. Oczy.
9. Uszy.
10. Nos.
11. Jama ustna (śluzówka, migdałki, język, zęby, wargi).
12. Szyja.
13. Klatka piersiowa.
14. Płuca.
15. Serce i naczynia krwionośne.
16. Jama brzuszna.
17. Narządy moczopłciowe.
18. Układ nerwowy.
19. Stan psychiczny.
20. Badania pomocnicze:

    a) odczyn tuberkulinowy, b) odczyn WR;

    c) grupa krwi i Rh, d) obraz morfologiczny krwi,

    e) HB, f) OB, g) mocz, h) badania radiologiczne,

    i) inne.

PRZEBIEG LECZENIA

EPIKRYZA

(Krótki przebieg choroby, rozpoznanie, metody i wyniki leczenia, zalecenia lecznicze)

Wiadomości o chorym po opuszczeniu zakładu:

Lekarz oddziałowy

Ordynator