(Pieczęć Szpitala - Kliniki)

HISTORIA CHOROBY

DLA ODDZIAŁU – KLINIKI CHORÓB KOBIECYCH

L. ks. gł. .....

L. ks. oddz. .....

Oddział .....

Lekarz prowadzący — Student / Stażysta

Nazwisko i imię ..... PESEL

Miejsce i data urodzenia ..... Stan cywilny .....

Zawód ..... Miejsce pracy .....

Miejsce stałego zamieszkania .....

W razie potrzeby zawiadomić .....

Skierowana przez ..... z rozpoznaniem .....

..... przyjęta dnia ..... 20 ..... r. godz. .....

Rozpoznanie wstępne .....

Rozpoznanie ostateczne (kliniczne) powikłania i chor. współistniejące .....

Nr stat. choroby

Rozpoznanie histopatologiczne .....

Grupa krwi ..... Rh .....

(podpis)

Rozpoznanie anatomopatologiczne .....

Leczenie .....

Wypisana dnia ..... 20 ..... r. jako wyleczona, z poprawą, bez poprawy, z pogorszeniem,

..... jako nieleczona, nienadająca się do leczenia, przeniesiona do: .....

Zmarła dnia ..... 20 ..... r. przed upływem 24 godzin, po upływie 24 godzin od chwili przyjęcia

Leczyła się dni .....

Uwagi i ew. zlecenia lekarza przyjmującego

dnia ..... godz. .....

Podpis lekarza przyjmującego pacjentkę

Zgadzam się na proponowane leczenie i zabieg operacyjny

..... (rodzaj zabiegu)

dnia ..... 20 ..... r. ..... (podpis)

Zakończono historię choroby.

zdano dn. ..... 20 ..... r. ..... (podpis prowadzącego)

przyjęto dn. ..... 20 ..... r. ..... (podpis prowadzącego)

Skład i druk: P.W. „DruX" sp. z o.o. Puszczykowo, ul. Poznańska 108, tel. (0-61) 813-35-95 MED088

Mz/Szp-13

WYWIAD

Główne dolegliwości .....

.....

.....

.....

Wykaz krwawień w ostatnim półroczu

Pierwsze krwawienie mies. w ..... roku życia, zazwyczaj ..... regularne co ..... dni, trwające ..... dni, skąpe, mierne, obfite, niebolesne, z bólami w początku, podczas, po.

Dolegliwości w przebiegu cyklu miesięcznego .....

.....

Ostatnie od ..... do ..... zwykłe, krótsze, dłuższe, bardziej skąpe, obfitsze

Rodziła ..... razy, w tym o czasie ..... przedwcześnie ..... niewcześnie .....

Poroniła ..... razy, z tego samoistnie ..... sztucznie .....

Ostatni poród przed ..... ostatnie poronienie przed .....

Dzieci urodzonych żywo ..... nieżywo ..... zmacerowanych ..... zmarło w pierwszym tygodniu życia ..... żyje .....

Przebieg porodów .....

.....

Przebieg poronień .....

.....

Krwawienia .....

Upławy .....

Bóle .....

Dolegliwości ze strony pozostałych narządów i układów:

Stolce ..... oddawanie moczu .....

Przebyte choroby (w wieku dziecięcym, dojrzewania, dojrzałym – leczenie).

Wywiad rodzinny: Warunki życia: .....

Badania przedmiotowe dnia ..... 20 ..... r.

Ogólne

Ciepłota	Tętno	Ciśn. krwi	Waga	Wzrost	

Wrażenia ogólne i zachowanie
Budowa ciała (typ)
Odżywienie
Skóra
Tkanka podskórna
Węzły chłonne
Obrzęki
Żylaki
Ogniska ropne

Wyraz twarzy
Owłosienie (typ)

Data	Przebieg choroby	Dieta, leczenie

Zabieg operacyjny dnia ..... godz. .....

Operator .....

Asysta .....

Rodzaj znieczulenia ..... czas .....

Znieczulający .....

Rodzaj i opis zabiegu operacyjnego

Pełne rozpoznanie pooperacyjne:

Uwagi o przebiegu choroby i o wynikach leczenia (epikryza)

..... Podpis lekarza prowadzącego

..... Podpis ordynatora oddziału