Matka przyjęta do szpitala dnia:

OPIEKA W PORADNI „K"

# HISTORIA ROZWOJU NOWORODKA

Nr oddz. / hist. chor. matki

KONTAKT TBC ( )

Urodz. w dniu ..... o godz. ..... grupa krwi .....

## RODZICE

MATKA

Nazwisko i imię .....

Adres .....

.....

Wiek ..... zawód ..... st. zdr. .....

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

OJCIEC

Nazwisko i imię .....

Wiek ..... zawód ..... st. zdr. .....

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

## PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY

Prawidłowy .....

Wymioty .....

Krwawienie .....

.....

Choroby .....

.....

.....

.....

Ostatnia miesiączka .....

## KTÓRA CIĄŻA – PORÓD

**Poprzednie ciąże**

Porodów ..... w tym o czasie ..... przedwczesnych ..... niewczesnych ..... noworodków żywo ..... martwo urodzonych ..... z wadami rozwojowymi

.....

Porodów siłami natury .....

patologicznych ..... żyje .....

dzieci, zmarło ..... dzieci

Przyczyna zgonu .....

.....

| Data | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dzień życia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waga | Ciepł. | r. | w. | r. | w. | r. | w. | r. | w. | r. | w. | r. | w. | r. | w. | r. | w. |
| 00 | $40^0$ – $39^0$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | $38^0$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | $37^0$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | $36^0$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | $35^0$ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waga | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stolec | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wymioty | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karmienie | P.K. / M. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dokarm. | P.K. / M. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Płyny | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zabiegi i pielęgn.

Pośredni odczyn Coombsa ( )

Noworodka wydała pielęgniarka

Stwierdzam tożsamość mojego dziecka

## PRZEBIEG PORODU

Czasowy, przedwczesny, niewczesny ciąża przenoszona bliźniacza.
Siłami natury, przedłużony, powikłany. Główkowy odgięciowy miednicowy, nóżkowy, pośladkowy. Obrót, kleszcze, cesarskie cięcie.

Powikłania porodowe .....

.....

.....

czas trwania okresu I ..... II .....

Czas trwania porodu od odpłynięcia wód do urodz. dziecka .....

Zabiegi .....

Narkoza .....

Stosowane leki .....

.....

## NOWORODEK

PŁEĆ Ż. M

Stan ogólny .....

Zamartwica sina .....

Cucenie .....

.....

.....

Wady rozwojowe .....

.....

.....

Urazy porodowe .....

.....

Waga ..... g Długość ..... cm

Obwód głowy ..... cm

Obwód kl. piers. ..... cm

Przyjęty na salę noworodków w dn. ..... o godz. .....

Zabieg Credego .....

Podpis pielęgniarki .....

Dowód osobisty matki nr

Złożono znak tożsamości

Mz/Szp-29 „DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 898-38-45 MED 169

Pierwsze badanie w dniu ..... o godz. ..... Stan ogólny .....

Płeć ..... Żywotność .....

Skóra ..... Tk. podskórna .....

Czaszka .....

Ciemię przednie ..... Jama ustna ..... Obojczyki .....

Serce ..... Płuca .....

Brzuch .....

Kończyny ..... Stawy biodrowe .....

| Data | OBSERWACJE | ZALECENIA |
|---|---|---|
| | Uwagi: Lekarz prowadzący obserwację obowiązany jest podać datę szczepienia B.C.G. lub też podać powód nieszczepienia | |

Skróty oznaczeń: Ż–żółtaczka, P–odpadnięcie pępowiny, r.p.–ropne pęcherzyki, r.o.–ropienie oczu, m–powiększenie sutków, s–sinica, b–bezdech, d–drgawki, p–pleśniawki, o–odparzenia

Wypisany w stanie : dobrym, średnim, ciężkim, na żądanie rodziców, zmarło w dniu .....

Przeniesiony do szpitala ..... na oddział ..... Podpis lekarza .....

Kontrole, badania .....

Wyniki sekcji .....

.....