Zabieg operacyjny dn. ..... 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

14

..... (pieczęć Szpitala-Kliniki)

HISTORIA CHOROBY

DLA ODDZIAŁU - KLINIKI CHORÓB KOBIECYCH

L. ks. gł. .....

L. ks. oddział. .....

Oddział .....

Lekarz prowadzący — Stażysta / Student

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 dn. ..... 20 ..... r. przed upł. 24 godz., po upływie 24 godz. 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)

dn. ..... 20 ..... r. ..... (podpis)

Zakończono historię choroby:

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

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

MZ Szp-13 z. 8/2003 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

WYWIAD

Główne dolegliwości .....

.....

.....

WYKAZ KRWAWIEŃ W OSTATNIM PÓŁROCZU

Pierwsze krwawienie mies. w..... roku życia, zazwyczaj ..... regularnie 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.**

O g ó l n e

Ciepłota	Tętno	Ciś. krwi.	Waga	Wzrost	

Wrażenie ogólne i zachowanie

Budowa ciała (typ)

Odżywienie

Skóra

Tkanka podskórna

Węzły chłonne

Obrzęki

Żylaki

Ogniska ropne

Wyraz twarzy

Owłosienie

Data	Przebieg choroby	Dieta, leczenie