Matka przyjęta do szpitala dnia: 17 OPIEKA W PORADNI „K"

Nr oddz. / hist. chor. matki

HISTORIA ROZWOJU NOWORODKA

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.
	40°																
00	39°																
00	38°																
00	37°																
00	36°																
00	35°																
Waga																	
Stolec																	
Wymioty																	
Karmienie	M.																
	P.K.																
Dokarm.	P.K.																
	M.																
Płyny																	

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.....

Zabiegi i pielęgn.

Pośredni odczyn Coombsa ( )

Noworodka wydała pielęgniarka

Stwierdzam tożsamość mojego dziecka

Dowód osobisty matki nr

Założono znak tożsamości

z. 1524/2018 „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

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 obserwacje obowiązany jest podać datę szczepienia BCG 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 .....

.....