

Nr: hist.chor.matki.....

KARTA NOWORODKA

Nr: hist. now.....

Nr: oddz. hist. chor.now.

Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej
64-000 Kościan
ul. Szpitalna 7, tel 65 512 08 55
Oddział Patofizjologii Noworodka

NAZWISKO I IMIĘ NOWORODKA Płeć.....

Urodz. w dniu o godz.

Data															
Dzień życia															
Waga	Ciepl.	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															
Mocz															
Wymioty															
Karmienie P.K.															
Dokarmianie	M.														
	Płyny														
Bilirubina															
Cukier															

Lekarz odpowiedzialny za opiekę:
Po zmianie:

PHz naczyń pępowiny SBE

Saturacja po 2 godz. na kończynie dolnej prawej:
Badanie przesiewowe:

Nazwisko Imię

RODZICE

MATKA

OJCIEC

Nazwisko i imię	Nazwisko i imię.....
Adres	Wiek zawód
PESEL Tel.	st.zdr.
Wiek zawód st. zdr.	Gr. krwi Rh
Gr. krwi Rh	
Adres tymczasowy	

POPZEDNIE CIĄŻE

Liczba ciąży i porodów, w tym o czasie dzieci żywo urodzonych, przedwcześnie urodzonych....., martwo urodzonych, poronień samoistnych..... i sztucznych.....

Data poprzedniego porodu, rodzaj porodu

Informacje dotyczące poprzedniego porodu: wady rozwojowe, żółtaczką, wcześniactwo, inne

Rodzeństwo noworodka:

1. Rok urodz.st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....
2. Rok urodz. st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....
3. Rok urodz. st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....
4. Rok urodz.st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....
5. Rok urodz.st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....
6. Rok urodz.st. zdr. przyczyna zgonu (w przyp. śm.).....

PRZEBIEG OBECNEJ CIĄŻY

Która ciąża który poród, tydzień ciąży, przebieg obecnej ciąży, ciąża: pojedyncza, bliźniacza, inne.....

HBS GBS

PRZEBIEG PORODU

Rodzaj porodu: fizjologiczny, zabiegowy – cięcie cesarskie, wskazania, poród kleszczowy, Vaccum powikłania porodowe, poród: czasowy, przedwczesny, ciąża przenoszona, główkowy, pośladkowy, nóżkowy, miednicowy, czas od odplnięcia wód płodowych do urodzenia dziecka, zastosowane leki, znieczulenie, czas trwania I okres II okres, III okres

Oznaczono tożsamość noworodka data

podpis

Podpis położnej

Nazwisko Imię

DANE DOTYCZĄCE NOWORODKA

Masa ciała g , długość cm ,
obwód głowy obwód kl. piers.
stan ogólny
wady rozwojowe
urazy porodowe
inne nieprawidłowości
w przypadku martwego urodzenia – wskazanie czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu

Odśluzowanie tak, nie (oddomin)
Tlenoterapia tak, nie (oddomin)
Intubacja tak, nie (oddomin)
Cewnikowanie naczyń pępowinowych tak, nie
Masaż serca tak, nie (oddomin)
Sztuczna wentylacja tak, nie (oddomin)
bieg Credego tak, nie
Leki

SKALA APGAR table with columns for MINUTY (1, 3, 5, 10) and rows for Tętno, Oddech, Napięcie, Odruchy, Skóra, Razem.

Grupa krwi _____ Rh _____

Podpis / osoby oceniającej stan noworodka

PIERWSZE BADANIE NOWORODKA

Dnia o godz. Stan ogólny
Płeć Żywotność
Skóra Tk. podskórna
Czaszka
Ciemię Jama ustna Obojczyki
serce Płuca
Brzuch
Kończyny Stawy biodrowe
Narządy moczowo- płciowe

Podpis lekarza

Przyjęcie na salę noworodków: w dniu o godz.

Podpis pielęgniarki

Wypisany w dniu, w stanie: dobrym, średnim, ciężkim, na żądanie rodziców, inne
Przeniesiony do szpitala na oddział
Zmarło w dniu o godz., przyczyna zgonu
Wynik sekcji

Podpis lekarza