







2A

5-1

AS

Załącznik nr 1

### Historia zdrowia i choroby w Poradni Położniczo - Ginekologicznej

pieczęć poradni

| Nazwisko         |                    |                  |                      | Imię                 |            |
|------------------|--------------------|------------------|----------------------|----------------------|------------|
| Data urodzenia   |                    |                  |                      | Adres                |            |
| Miejsce pracy    |                    |                  |                      | NIP zakładu pracy    |            |
| Grupa krwi       |                    |                  |                      |                      |            |
| PESEL            | NIP                |                  |                      | Nr dowodu osobistego | Lekarz POZ |
|                  |                    |                  |                      |                      |            |
|                  |                    |                  |                      |                      |            |
| Przebyte choroby | Choroby przewlekłe | Pobyt w szpitalu | Zabiegi chirurgiczne |                      |            |
|                  |                    |                  |                      |                      |            |

2A

A-2 5-2

A5

| Szczepienia / surowice | Obciążenia dziedziczne                                  | Uzulenia |
|------------------------|---|----------|
|                        |   |          |
| Badania cytologiczne   | Badania gruczołu piersiowego (mammografia i usg piersi) |          |
|                        |   |          |



2A

2-7

5-4

AS

AS

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkt. ....

| Data | Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza | Nr statystyczny choroby | Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie" | Niezdolność do pracy od - do |
|------|---|-------------------------|--|------------------------------|
|      |   |                         |  |                              |

7A E-2 6-4 A5

**BADANIE OKRESOWE (roczne)**

Nazwisko i imię: ..... Data .....

Data urodzenia: .....

**WYWIAD**

Przebyte choroby, doznane obrażenia i uszkodzenia:

Leki

Aktualne dolegliwości

Obciążenia treningowe

Zmęczenie, przemęczenie, przetrenowanie

**UKŁAD NARZĄDU RUCHU: (norma, zakres ruchu, siła)**

| Antropometria: wzrost | masa ciała  | tk. tłuszczowa | woda               |                 |  |
|-----------------------|-------------|----------------|--------------------|-----------------|--|
| Obwody (porównawczo): | ramię       | udo            | inne               |                 |  |
| klatka piersiowa      | plecy       | okrągłe        | wklęsłe            | wklęsło-okrągłe |  |
| kręgosłup (oś)        | odc. szyjny | piersiowy      | lędźwiowo-krzyżowy |                 |  |
| st. barkowy           | L           | P              |                    |                 |  |
| st. łokciowy          | L           | P              |                    |                 |  |
| nadgarstek            | L           | P              |                    |                 |  |
| ręka                  | L           | P              |                    |                 |  |
| st. biodrowy          | L           | P              |                    |                 |  |
| st. kolanowy          | L           | P              |                    |                 |  |
| st. skokowy           | L           | P              |                    |                 |  |
| stopa                 | L           | P              |                    |                 |  |

**BADANIE FIZYKALNE**

Układ krążenia

Układ oddychania

Inne

|                 |            |          |          |             |      |
|-----------------|------------|----------|----------|-------------|------|
| Morfologia      | OB         | mocz     | cukier   | inne        |      |
| Próba wysiłkowa | EKG        | RTG      | EEG      | spirometria |      |
| Konsultacje:    | laryngolog | neurolog | okulista | stomatolog  | inne |

ORZECZENIE:

7A S-2 6-1 A5

**BADANIE WSTĘPNE**

Nazwisko i imię: ..... Data .....

Data urodzenia: ..... KLUB .....

Adres: .....

Zawód/wykształcenie: .....

**WYWIAD**

Przebyte choroby

Doznane obrażenia i uszkodzenia:

Pobyty w szpitalu

|                     |              |           |           |
|---------------------|--------------|-----------|-----------|
| Wywiad rodzinny     | nagła śmierć |           |           |
| nadciśnienie        | cukrzyca     |           |           |
| choroby serca       | astma        |           |           |
| choroba reumatyczna |              |           |           |
| rodzice:            | rodzeństwo   |           |           |
| Stosowane leki      | stymulanty   | narkotyki | steroidy  |
| moczopędne          | alkohol      | tytoń     | uczulenia |

Wywiad sportowy

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Dyscyplina/konk. sportowa     |                                      |
| od kiedy trenuje? (rok życia) | ile razy oraz ile godzin w tygodniu? |
| osiągnięcia / klasa sportowa  |                                      |
| progresa wyników              | inne (przetrenowanie?)               |

Oświadczenie: Stwierdzam, że nie wystąpiły u mnie (u mojego dziecka) drgawki, utraty świadomości, alergie oraz zaburzenia psychiczne

Data ..... Podpis .....

Aktualne dolegliwości

|   |               |                           |
|---|---------------|---------------------------|
| Głowa, szyja                                |               |                           |
| obrażenia                                   | zawroty głowy | omdlenia                  |
| ból głowy                                   | zab. widzenia | inne                      |
| Serce                                       |               |                           |
| ból w klatce piersiowej (klucie, pieczenie) |               | niemiarowa czynność serca |
| Pluca                                       | duszności     | kaszel                    |
| Brzuch                                      |               |                           |
| nudności                                    | wymioty       | zaparcia                  |
| biegunki                                    | krew w stolcu | inne?                     |
| Nerki                                       |               |                           |
| częstość oddawania moczu                    | zab. mikcji   | krew w moczu              |
| pragnienie                                  | ból stawów    | zmiany masy ciała         |

Inne



2A

1-2

6-2 A5

2A

1-2

6-3 A5

BADANIE FIZYKALNE

BADANIE OKRESOWE (6 m-cy)

BADANIE OKRESOWE (6 m-cy)

**BADANIE FIZYKALNE**

Głowa: czaszka, twarz, jama ustna, uzębienie  
 Szyja: węzły chłonne, tarczyca  
 Krążenie: szmer, tony, tętno  
 Próba czynnościowa:  
 BP siedząc: leżąc, po wysiłku, po 3 min.  
 HR siedząc: leżąc, po wysiłku, po 3 min.  
 Oddychanie: szmer  
 Brzuch: wątroba, przepukliny  
 Układ moczowo-płciowy  
 OUN  
 Skóra  
 Morfologia: OB, Mocz, Cukier, Inne

**UKŁAD NARZĄDU RUCHU: (norma, zakres ruchu, siła)**

Antropometria: wzrost, masa ciała, tk. tłuszczowa, woda  
 Obwody (porównawczo): ramienia, uda, inne  
 klatka piersiowa: plecy, okrągłe, wklęsłe, wklęsło-okrągłe  
 kręgosłup (oś): odc. szyjny, piersiowy, lędźwiowo-krzyżowy  
 st. barkowy L, P  
 st. łokciowy L, P  
 nadgarstek L, P  
 ręka L, P  
 st. kolanowy L, P  
 st. skokowy L, P  
 stopa L, P

Konsultacje: laryngolog, okulista, neurolog, stomatolog, inne

EKG: RTG, EEG, Spirometria

Próba wysiłkowa

**ORZECZENIE:** Data

Nazwisko i imię: ..... Data: .....  
 Data urodzenia: .....

**WYWIAD**

Przebyte choroby, doznane obrażenia i uszkodzenia:

Leki:

Aktualne dolegliwości

Obciążenia treningowe

Zmęczenie, przemęczenie, przetrenowanie

**BADANIE FIZYKALNE**

Układ krążenia

Układ oddychania

Inne

**UKŁAD NARZĄDU RUCHU: (norma, zakres ruchu, siła)**

Antropometria: wzrost, masę ciała, tk. tłuszczowa, woda  
 Obwody (porównawczo): ramienia, uda, inne  
 klatka piersiowa: plecy, okrągłe, wklęsłe, wklęsło-okrągłe  
 kręgosłup (oś): odc. szyjny, piersiowy, lędźwiowo-krzyżowy  
 st. barkowy L, P  
 st. łokciowy L, P  
 nadgarstek L, P  
 ręka L, P  
 st. biodrowy L, P  
 st. kolanowy L, P  
 st. skokowy L, P  
 stopa L, P

Konsultacje:

**ORZECZENIE:**

2A 2-f

7-1

A5

Strona 1

Karta dotyczy zmarłego

(pieczęć uprawnionego podmiotu\*)

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dziecka do<br>1 roku*)   | innych                   |

KARTA STATYSTYCZNA do karty zgonu

(wypełnia urząd statystyczny)

DZIAŁ I

(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Data zgonu rok  m-c  dzień  godz.  min   
wisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku

4. Data urodzenia rok  m-c  dzień  godz.  min   
wisać cyframi arabskimi tylko dla dziecka do 1 roku

5. Płeć\*\*) 1. męska 2. żeńska

6. Numer PESEL

7. Przyczyna zgonu

a) .....  
(przyczyna wyjściowa, albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)

b) .....  
(przyczyna wtorna)

c) .....  
(przyczyna bezpośrednia)

Symbol przyczyny wyjściowej albo przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia wg ICD-10

Pieczęć i podpis lekarza orzekającego o przyczynie zgonu dla celów statystycznych

8. Miejsce zgonu\*\*)

- 1. szpital
- 2. inny zakład opieki zdrowotnej
- 3. dom
- 4. inne

9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu\*\*)

- 1. lekarz w wyniku sekcji zwłok
- 2. lekarz bez sekcji zwłok
- 3. inna

Rubryki 10 - 14 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do 1 roku

10. Dziecko pochodziło z porodu\*\*)

- 1. pojedynczego, 3. trojaczego,
- 2. bliźniaczego, 4. czworaczego

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach

13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach

14. Okres trwania ciąży w tygodniach

\* i pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, lekarza, osoby powołanej przez starostę

\*\*\*) Właściwe określenie otoczyć obwódka

m-c  dzień

wisać cyframi arabskimi

(pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)