

Nr oddz.	KARTA NOWORODKA																									
..... hist.chor.matki 	Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ż		Badanie słuchu				Badania przesiewowe																		
Data urodzenia								Godz.		:																
RODZICE								PRZEBIEG OBECNEJ CIAŻY						Imię i nazwisko dziecka: KTÓRA CIAŻA PORÓD												
MATKA	Nazwisko i imię PESEL Telefon..... Adres zameldowania stały Adres rzeczywistego miejsca zamieszkania (również dziecka) Wiek zawód..... st. zdr. Grupa krwi Rh								PRAWIDŁ. <input type="checkbox"/> POWIKŁ. <input type="checkbox"/> ChOROBY Leki Sterydy Papierosy..... HIV..... HBS WR GBS PTA Inne badania Ostatnia miesiączka Tydzień ciąży -Hbd..... Godz. pęknięcia pęcherza płod.						Poprzednie ciążę Porodów w tym o czasie..... Przedwcześnieych..... niewczesnych Noworodków żywo martwo urodzonych z wadami rozwojowymi Poprzednie porody Rok porodu / płeć / stan zdrowia											
OJCIEC	Nazwisko i imię Wiek zawód..... st. zdr. Grupa krwiRh																									
Data																		PRZEBIEG PORODU								
Dzień życia																		Czasowy, przedwczesny, niewczesny, ciąża przenoszona, bliźniacza. Siłami natury, powikłany. Główkowy odgięciowy, miednicowy, nóżkowy, pośladkowy. Cesarskie cięcie. Cięcia cesarskie – wskazania Powikłania porodowe Czas trwania okresu I II Czas trwania porodu od odpłynięcia wód do urodz. dziecka								
Waga	Ciepl.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	r.	w.	Zabiegi Narkoza Stosowane leki								
	40°	Sat. O2																								
00	39°	po 4 godz.																								
00	38°																	Czas trwania porodu od odpłynięcia wód do urodz. dziecka								
																		Zabiegi Narkoza Stosowane leki								
00	37°																									
00	36°																	NOWORODEK								
																		PLEĆ Ż <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
																		Stan ogólny..... APGAR..... Cucenie Wady rozwojowe USG Stawów biodrowych Urazy porodowe								
																		Wagag, Długośćcm								
POSIEWY PO URODZENIU		UCHO <input type="checkbox"/>						KREW <input type="checkbox"/>											Obwód głowycm							
CIEM. <input type="checkbox"/>																		Obwód kl. pierś.cm								
OTRZYMAŁAM INFORMACJĘ O: pielęgnacji, żywieniu, karmieniu piersią noworodka, laktacji								NOWORODEK OTRZYMAŁ ZNAK TOŻSAMOŚCI O TREŚCI:								Przyjęty na salę noworodków										
ODBIERAM WŁASNE DZIECKO data godzina czytelny podpis matki; opiekuna dane ident. wydającego - podpis							 data i godzina urodzenia pleć dane ident. wydającego – podpis i pieczętka pielęgnaarki wypisującej								w dn. o godz. Zabieg Credego Seria nr Podpis pielęgniarkei										

Nazwisko i imię dziecka

Pierwsze badanie w dniu o godz. Stan ogólny

Płeć Żywotność

Skóra Tkanka podskórna.....

Czaszka

Ciemie przednie Jama ustna Obojczyki

Serce Płuca

Brzuch

Kończyny..... Stawy biodrowePodpis pieczętka lekarza

Stan po urodzeniu (wg Apgar)				
Cechy	1 min.	3	5	10
Czynność serca				
Oddech				
Nap. mięśni				
Odruchy				
Zabarwienie skóry				
Razem				

WADY

URAZY

RESUSCYTACJA					
Minuty	1	5	10	15	20
Tlen					
PPV/NCPAP					
Intubacja					
Masaż pośredni serca					
Adrenalina					
Cewnikowanie					

POSTĘPOWANIE Z NOWORODKIEM PO PORODZIE					
ODŚLUZOWANIE		OSUSZENIE		STYMULACJA DOTYKOWA	RESUSCYTACJA
ZABIEG CREDEGO		SKÓRA DO SKÓRY		ZAOPATRZENIE PĘPOWINY	

SZCZEPIENIA	ZLECAJĄCY	WYKONUJĄCY		
	DATA	WIT. K	WZW B	BCG
WIT K. 1 mg i.. m.				
BCG		data	seria data	seria data
WZW B				
	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)	(podpis i pieczętka)

Rozpoznanie(ICD-10)|.....|.....|.....|.....

Procedura (ICD-9)|.....|.....|.....|.....

KOD GRUPY

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

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

Kontrole, badania, zalecenia.....

.....

Wyniki sekcji

.....

.....